Parus ou à paraître très prochainement dans la collection

- Cardiologie
- Dermatologie
- Endocrinologie - Diabétologie
- Gynécologie - Obstétrique
- Hématologie
- Hépato-gastro-entérologie et Chirurgie digestive
- Immunopathologie (module 8)
- Néphrologie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- ORL - Stomatologie
- Orthopédie - Traumatologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Santé publique, méd. légale, méd. du travail, méd. sociale, éthique
- Urologie

...

Révisez aussi vos cours avec la collection RÉUSSIR L'INTERNAT

ISBN 2-7298-1300-4

DCEM Questions Réponses

HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE et CHIRURGIE DIGESTIVE

Julien CAZEJUST

ellipses

le DCEM en Questions Réponses

nouveau programme

- mémos et mots-clés
- révisions et sous-colles
- bilan de connaissances

HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE et CHIRURGIE DIGESTIVE

Julien CAZEJUST

ellipses

Avant-propos

Conforme au programme 2004, la collection « Le DCEM en questions-réponses » vous propose des ouvrages complets et synthétiques, destinés à la préparation de l'examen de 2e cycle des études médicales et des certificats de faculté.

Outils de travail indispensables et conçus pour favoriser une mémorisation accélérée, ces livres vous permettront :

- de réviser rapidement les notions fondamentales abordées dans chaque question grâce à une fiche « Mémo » ;
- de faciliter votre travail de sous-colles ;
- d'auto-évaluer vos connaissances grâce aux questions couvrant les différents aspects (clinique, analyse des examens complémentaires, principes du traitement et principales complications) de chaque pathologie inscrite au programme du DCEM ;
- de compléter et d'améliorer vos supports de révision par le biais de réponses courtes et précises, mettant en évidence les mots-clés nécessaires pour réussir les épreuves de dossiers et éviter les zéros ;
- de vous rassurer une dernière fois avant de rentrer dans la salle d'examen.

Nous souhaitons ainsi vous guider sur la voie du succès, et vous permettre de vous orienter vers la discipline que vous désirez exercer dans votre future vie d'interne et de praticien.

Les auteurs et le directeur de collection

Le programme d'Hépato-gastro-entérologie et chirurgie digestive

Module 7. Santé et environnement - Maladies transmissibles
- Question n° 83. Hépatites virales, anomalies biologiques hépatiques chez un sujet asymptomatique
- Question n° 100. Parasitoses digestives (lambliase L, tæniasis T, oxyurose O, ascaridiose As, amibiase Am, hydatidose H)

Module 8. Immunopathologie - Réaction inflammatoire
- Question n° 118. Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique

Module 10. Cancérologie - Onchohématologie
- Question n° 148. Cancer du colon et du rectum (CCR)
- Question n° 150. Tumeurs de l'estomac
- Question n° 151. Tumeurs du foie
- Question n° 152. Cancer de l'œsophage
- Question n° 155. Tumeurs du pancréas

Module 11. Synthèse clinique et thérapeutique
- Question n° 195. Douleurs abdominales et lombaires
- Question n° 201. Traumatismes abdominaux
- Question n° 205. Hémorragies digestives (HD)
- Question n° 217. Syndrome occlusif (SO)

Deuxième partie : maladies et grands syndromes
- Question n° 224. Appendicite aiguë
- Question n° 228. Cirrhoses
- Question n° 229. Colopathie fonctionnelle
- Question n° 234. Diverticulose colique et sigmoïdite
- Question n° 245. Hernies
- Question n° 258. Lithiase biliaire et ses complications
- Question n° 268. Pancréatites aiguës
- Question n° 269. Pancréatite chronique
- Question n° 273. Pathologie hémorroïdaire
- Question n° 275. Péritonite
- Question n° 280. Reflux gastro-œsophagien
- Question n° 290. Ulcère gastrique et duodénal. Gastrites

Troisième partie : orientation diagnostique
- Question n° 298. Ascite
- Question n° 300. Constipation
- Question n° 302. Diarrhées aiguës
- Question n° 303. Diarrhée chronique
- Question n° 318. Hépatomégalie et masse abdominale
- Question n° 320. Ictères
- Question n° 345. Vomissements

Question n° 83

Hépatites virales, anomalies biologiques hépatiques chez un sujet asymptomatique

- Risque d'hépatite fulminante
- Risque de passage à la chronicité
- Risque de cirrhose post-hépatitique puis de carcinome hépato-cellulaire sur cirrhose
- Proscrire les médicaments hépatotoxiques et l'alcool
- Éviction des dons de sang = sécurité transfusionnelle
- Prévention +++
- Les 3 plus fréquentes sont A puis B puis C
- Hépatite virale E = grave chez la femme enceinte
- Bilan MST (maladie sexuellement transmissible)
- Vaccination (virus A et B)
- PONCTION BIOPSIE HÉPATIQUE

1 Quel est le mode de transmission des différentes hépatites virales ?

....

2 Lesquelles sont à risque de passage à la chronicité ? Dans quelles proportions ?

....

3 Quel est le seul virus à ADN ?

....

4 Quelle est la forme clinique la plus fréquente d'hépatite virale aiguë ?

....

5 Que doit-on impérativement rechercher devant toute hépatite virale aiguë ? Pourquoi ?

....

6 Pour chaque virus, quels sont les dosages biologiques spécifiques à demander devant la suspicion d'hépatite virale aiguë ?

....

7 Quelle condition est nécessaire pour contracter le virus de l'hépatite D ?

....

8 Définir une hépatite fulminante.

....

9 Pour les virus A, B, C, quel est le pourcentage de risque de formes fulminantes devant une hépatite aiguë ?

....

10 Quel est le traitement spécifique de l'hépatite virale aiguë C ?

....

11 Quelles sont les mesures préventives, dont hygiéno-diététiques, contre le virus B ?

....

12 Décrire la prévention collective contre le virus B.

....

13 Donner les perturbations du bilan hépatique devant une hépatite chronique.

....

14 Comment faire le diagnostic d'hépatite virale chronique ?

....

15 Quelle est la prévention de l'hépatite virale A ?

....

16 À quoi correspondent les bilans suivants (hépatite B) ?

a. Ag HbS+, Ac anti-HbS–, Ac anti-HbC+, Ag Hbe+, Ac anti-Hbe–, ADN viral+, PCR+.

b. Ag HbS–, Ac anti-HbS+, Ac anti-HbC+, Ag Hbe–, Ac anti-Hbe+.

c. Ac anti-HbS+, et tous les autres marqueurs –.

d. Ag HbS+, Ac anti-HbS–, Ac anti-HbC+, Ag Hbe–, Ac anti-Hbe+, ADN viral+, PCR+.

e. Ag HbS+, Ac anti-HbS–, Ac anti-HbC+, Ag Hbe–, Ac anti-Hbe+, ADN viral–, PCR–.

....

17 À quoi sont dues les toxicités des virus B et C ?

....

18 En cas d'hépatite chronique B ou C quel est le risque majeur et dans quelles proportions ?

....

19 Quel est le lieu de nécrose majoritaire à la PBH dans les hépatites virales ?

....

20 Quelles sont les caractéristiques des mutants pré-core C ?

....

21 Citer les 3 causes les plus fréquentes d'hépatite fulminante.

....

22 Quels sont les 2 traitements que l'on ne doit jamais arrêter devant une hépatite fulminante ?

....

23 Quelles sont les modifications du bilan hépatique lors de la grossesse ?

....

24 Indications de la transplantation hépatique dans les hépatites fulminantes ?

....

25 Quelles sont les 2 principales causes de décès dans l'hépatite fulminante ?

....

26 Quels diagnotics évoquer devant une élévation modérée des tranaminases, asymptomatique, chez un homme de 20 ans ?

....

27 Quelles sont les principales manifestations extra-hépatiques de l'hépatite virale B ?

....

28 Quelle est la conduite à tenir devant un contact aigü avec le virus de l'hépatite B ?

....

1 Quel est le mode de transmission des différentes hépatites virales ?

- **A = orofécale**
- **B = sanguine et sexuelle**
- **C = sanguine**
- **D = sanguine**
- **E = orofécale**

2 Lesquelles sont à risque de passage à la chronicité ? Dans quelles proportions ?

- **B (10 %)**
- **C (80 %)**
- **D**

3 Quel est le seul virus à ADN ?

- **B**

4 Quelle est la forme clinique la plus fréquente d'hépatite virale aiguë ?

- **Asymptomatique**

5 Que doit-on impérativement rechercher devant toute hépatite virale aiguë ? Pourquoi ?

- **Encéphalopathie hépatique**
- **Risque d'hépatite fulminante**

6 Pour chaque virus, quels sont les dosages biologiques spécifiques à demander devant la suspicion d'hépatite virale aiguë ?

- **A = IgM anti-VHA**
- **B = Ag HbS, IgM anti-HbS**
- **C = recherche génome circulant par rt-PCR**
- **D = IgM anti-VHD**
- **E = IgM anti-VHE**

7 Quelle condition est nécessaire pour contracter le virus de l'hépatite D ?

- **Présence du virus B :**
  - **soit déjà présent = surinfection**
  - **soit co-infection**

8 Définir une hépatite fulminante.

- **Encéphalopathie hépatique et TP < 20 % et Facteur 5 < 20 %**

9 Pour les virus A, B, C, quel est le pourcentage de risque de formes fulminantes devant une hépatite aiguë ?

- A = 0,01 %
- B = 0,1 %
- C = 0

10 Quel est le traitement spécifique de l'hépatite virale aiguë C ?

- **Bi thérapie interféron + ribavirine**

11 Quelles sont les mesures préventives, dont hygiéno-diététiques, contre le virus B ?

- **Arrêt de l'alcool**
- **Arrêt des traitement hépatotoxiques**
- **Pas de régime particulier**
- **Éviction des dons de sang**
- **Déclaration de maladie professionnelle**

12 Décrire la prévention collective contre le virus B.

- **Prévention de l'entourage familial**
- **Vaccination**
- **Rapports sexuels protégés**
- **Pas de partage de matériel en contact avec les liquides biologiques**
- **Dépistage systématique des donneurs de sang**
- **DÉCLARATION OBLIGATOIRE**

13 Donner les perturbations du bilan hépatique devant une hépatite chronique.

- **Élévation des transaminases ALAT > ASAT (cytolyse)**
- **Bilirubine, phosphatases alcalines et gamma GT normales**

14 Comment faire le diagnostic d'hépatite virale chronique ?

- **Ponction biopsie hépatique**
- **Élaboration du score Métavir (score histologique) :**
  - A = activité
  - F = fibrose

15 Quelle est la prévention de l'hépatite virale A ?

- **Hygiène alimentaire**
- **Vaccination**

16 À quoi correspondent les bilans suivants (hépatite B) ?

a. Ag HbS+, Ac anti-HbS–, Ac anti-HbC+, Ag Hbe+, Ac anti-Hbe–, ADN viral+, PCR+.

- **Infection réplicante**

b. Ag HbS–, Ac anti-HbS+, Ac anti-HbC+, Ag Hbe–, Ac anti-Hbe+.

- **Sujet guéri**

c. Ac anti HbS+, et tous les autres marqueurs –.

- **Sujet vacciné**

d. Ag HbS+, Ac anti-HbS–, Ac anti-HbC+, Ag Hbe–, Ac anti-Hbe+, ADN viral+, PCR+.

- **Mutant réplicant**

e. Ag HbS+, Ac anti-HbS–, Ac anti-HbC+, Ag Hbe–, Ac anti-Hbe+, ADN viral–, PCR–.

- **Virus latent**

17 À quoi sont dues les toxicités des virus B et C ?

- **B = réponse immunitaire**
- **C = hépato-toxicité directe**

18 En cas d'hépatite chronique B ou C quel est le risque majeur et dans quelles proportions ?

- **Cirrhose (20 % à 10 ans) avec risque de carcinome hépato-cellulaire**

19 Quel est le lieu de nécrose majoritaire à la PBH dans les hépatites virales ?

- **Péri-portale**

20 Quelles sont les caractéristiques des mutants pré-core C ?

- **Infection virale plus prolongée**
- **Évolution fluctuante des transaminases**
- **Risque de cirrhose plus important**

- **Traitement moins efficace**
- **Évolution fluctuante de la réplication virale**

21 Citer les 3 causes les plus fréquentes d'hépatite fulminante.

- **Hépatite virale aiguë (72 %)**
- **Médicaments (15 %)**
- **Toxiques (2 %)**

22 Quels sont les 2 traitements que l'on ne doit jamais arrêter devant une hépatite fulminante ?

- **Insuline**
- **Quinine**

23 Quelles sont les modifications du bilan hépatique lors de la grossesse ?

- **Élévation de la bilirubine, des PAL et des gGT**
- **Transaminases normales, c'est donc sur ces dernières qu'il faut se baser pour le diagnostic d'une atteinte hépatique**

24 Indications de la transplantation hépatique dans les hépatites fulminantes ?

a. **Facteur 5 < 30 % si > 30 ans, ou**
Facteur 5 < 20 % si < 30 ans

Et

b. **Coma**

25 Quelles sont les 2 principales causes de décès dans l'hépatite fulminante ?

- **Œdème cérébral**
- **Infections bactériennes et fongiques**

26 Quels diagnotics évoquer devant une élévation modérée des tranaminases, asymptomatique, chez un homme de 20 ans ?

- **Maladie de Wilson**
- **Hépatite virale**
- **Médicaments hépatotoxiques**
- **Alcool**
- **Hémochromatose**

27 Quelles sont les principales manifestations extra-hépatiques de l'hépatite virale B ?

- **Neuromusculaires : syndrome de Guillain-Barré, neuropathies périphériques**
- **Hématologiques : anémie hémolytique**
- **Cardiologiques : péricardite, myocardite**
- **Rénales : glomérulonéphrite extra-membraneuse, périartrite noueuse**
- **Rhumatologiques : polyarthrite**

28 Quelle est la conduite à tenir devant un contact aigü avec le virus de l'hépatite B ?

- **Immunoglobulines**
- **Première dose vaccinale**
- **Déclaration en cas d'accident su travail**

Question n° 205

Hémorragies digestives (HD)

- Ulcère gastro-duodénal (UGD)
- Rupture de varices œsophagiennes
- Cancer colo-rectal
- FOGD après hémodynamique stable
- Lavage gastrique
- Patient de réanimation
- Abondance – Tolérance – Terrain

1 Comment peut se manifester cliniquement une HD ?

....

2 Citer les 5 causes les plus fréquentes d'HD haute chez un cirrhotique.

....

3 Citer les 5 causes les plus fréquentes d'HD haute chez un non-cirrhotique.

....

4 Citer les 5 causes les plus fréquentes d'HD basse.

....

5 Quel diagnostic évoquer devant : douleur abdominale brutale + diarrhée + rectorragies.

....

6 Quel est le bilan biologique minimum devant une HD ?

....

7 Quel examen morphologique demander en fonction du type d'HD ?

....

8 Quels sont les intérêts de la FOGD en urgence devant une HD haute ?

....

9 Que doit-on faire devant l'association rectorragies et hémorroïdes, et pourquoi ?

....

10 Quel traitement mettre en route devant une HD haute ?

....

11 Décrire la séquence thérapeutique d'une rupture de varices œsophagienne.

....

12 Décrire la séquence thérapeutique d'un UGD hémorragique.

....

13 Dans quelles circonstances propose-t-on une dérivation porto-cave chez un cirrhotique ?

....

14 Quel est le traitement préventif d'une nouvelle rupture de varices œsophagiennes chez un cirrhotique ?

....

15 Quels sont les facteurs prédictifs d'hémorragie par rupture de VO ?

....

16 Quelles sont les causes de régénération médullaire ?

....

17 Citer les 3 causes d'élévation d'urée plasmatique.

....

18 Quelles sont les causes d'hémobilie ?

....

1 Comment peut se manifester cliniquement une HD ?

- **Extériorisée :**
  - **hématémèse**
  - **méléna**
  - **rectorragies**
- **Non extériorisée = signes de choc**
- **Décompensation de cirrhose (encéphalopathie hépatique)**
- **Formes frustres = carence martiale**

2 Citer les 5 causes les plus fréquentes d'HD haute chez un cirrhotique.

- **Rupture de varices œsophagiennes (VO)**
- **UGD**
- **Gastrite d'hypertension portale**
- **Rupture de varices cardio-tubérositaires**
- **Œsophagite**

3 Citer les 5 causes les plus fréquentes d'HD haute chez un non cirrhotique.

- **UGD**
- **Œsophagite**
- **Mallory-Weiss**
- **Gastrite**
- **Cancer de l'estomac**

4 Citer les 5 causes les plus fréquentes d'HD basse.

- **Hémorroïdes**
- **Cancer**
- **Polype**
- **Diverticules**
- **Angiodysplasie**

5 Quel diagnostic évoquer devant : douleur abdominale brutale + diarrhée + rectorragies ?

- **Colite ischémique**

6 Quel est le bilan biologique minimum devant une HD ?

- **Groupe sanguin ABO, rhésus, RAI**
- **TP, TCA, fibrinogène**
- **NFS**

7 Quel examen morphologique demander en fonction du type d'HD ?

- **Hématémèse = FOGD**
- **Méléna = FOGD, puis coloscopie si normale**
- **Rectorragies = coloscopie, puis FOGD si normale**

8 Quels sont les intérêts de la FOGD en urgence devant une HD haute ?

- **Diagnostic positif**
- **Diagnostic étiologique**
- **Geste thérapeutique = ligature ou sclérose**

9 Que doit-on faire devant l'association rectorragies et hémorroïdes, et pourquoi ?

- **Toucher rectal → cancer rectum**
- **Coloscopie → éliminer cancer colorectal**
- **Traitement des hémorroïdes**

10 Quel traitement (de réanimation) mettre en route devant une HD haute ?

- **Hospitalisation en unités de soins intensifs**
  - **scope, oxygène nasal**
  - **remplissage vasculaire**
  - **sonde nasogastrique**
  - **lavage gastrique**
  - **+/– transfusion de culots globulaires**

11 Décrire la séquence thérapeutique d'une rupture de varices œsophagienne.

- **Traitement médical = drogues vaso-actives (vasopressine ou glypressine)**
- **Traitement endoscopique = ligatures**
- **Dérivation porto-cave**

12 Décrire la séquence thérapeutique d'un UGD hémorragique.

- **Traitement médical = inhibiteurs de la pompe à protons**
- **Traitement endoscopique = sclérose à l'adrénaline**
- **Traitement chirurgical**

13 Dans quelles circonstances propose-t-on une dérivation porto-cave chez un cirrhotique ?

- **En urgence = échec du traitement médical**
- **À distance :**
  - **échec du traitement médical préventif**
  - **récidives HD**

14 Quel est le traitement préventif d'une nouvelle rupture de varices œsophagiennes chez un cirrhotique ?

- **Traitement médical = béta-bloquants non cardiosélectif**
- **Traitement endoscopique = ligature de VO à partir du stade 2**

15 Quels sont les facteurs prédictifs d'hémorragie par rupture de VO ?

- **Grades des VO (plus grave de 1 à 4)**
- **Signes rouges à la FOGD**
- **Stade de Child**

16 Quelles sont les causes de régénération médullaire ?

- **Hémorragie digestive**
- **Hémolyse**
- **Arrêt de toxiques (alcool, Bactrim)**
- **Sortie d'aplasie**
- **Correction de carences**
- **Fin de syndrome inflammatoire**

17 Citer les 3 causes d'élévation d'urée plasmatique.

- **Insuffisance rénale**
- **Hémorragie digestive**
- **Apport trop important de protéines**

18 Quelles sont les causes d'hémobilie ?

- **Tumeur du foie ou des voies biliaires**
- **Traumatisme**
- **Cholécystite aiguë**
- **Infection vésiculaire**
- **Ponction biopsie hépatique**

Question n° 228

Cirrhoses

- Maladie chronique (donc « décompensation aiguë sur pathologie chronique » = RECHERCHER FACTEUR DÉCLENCHANT)
- Alcool = arrêt = dépendance physique et psychique = prévention du *delirium tremens*
- Sérologies virales
- Hypertension portale et insuffisance hépato-cellulaire
- 3 types de complications :
  1. celles de la cirrhose
  2. celles de l'alcoolisme
  3. celles du traitement
- EXAMEN ORL et STOMATOLOGIQUE

1 Anatomopathologie de la cirrhose.

....

2 Quels sont les 2 examens morphologiques indispensables à pratiquer chez un patient cirrhotique ?

....

3 Quels sont les 5 items qui constituent le score de Child Pugh ?

....

4 Citer les 4 causes les plus fréquentes de cirrhose en France.

....

5 Citer les 4 principales complications de la cirrhose.

....

6 Citer les principaux facteurs décompensant une cirrhose (11).

....

7 Chez un alcoolique chronique, citer 4 diagnostiques à évoquer devant douleur abdominale, fièvre, ictère.

....

8 Citer 3 causes de thrombopénie chez le cirrhotique.

....

9 Citer les différentes possibilités thérapeutiques d'un CHC.

....

10 Quels sont les 2 examens indispensables tous les 6 mois dans le suivi des patients cirrhotiques et pourquoi ?

....

11 Décrire l'anatomopathologie des hépatites alcooliques aiguës.

....

12 Quelles sont les caractéristiques cliniques du foie cirrhotique ?

....

13 Quelles sont les contre-indications de la PBH transpariétale ?

....

14 Comment faire un diagnostic clinico-morphologique d'hypertension portale ?

....

15 Citer les syndromes paranéoplasiques des CHC.

....

16 Citer les 9 causes les plus fréquentes de confusion chez un alcoolique chronique.

....

17 Décrire la prise en charge médicale d'un patient cirrhotique.

....

18 Quel est l'examen indispensable au diagnostic positif de cirrhose ?

....

19 Décrire les points importants de la prise en charge d'un patient addict.

....

20 Quel est le traitement de l'ascite non compliquée ?

....

21 Quelles sont les contre indications des diurétiques chez un cirrhotique ?

....

22 Citer les causes d'anémie chez le cirrhotique.

....

23 Citer les causes d'ictère chez un cirrhotique alcoolique.

....

24 Citer les différentes causes de stéatose hépatique.

....

25 Citer les causes les plus fréquentes d'hypoprotidémie.

....

1 Anatomopathologie de la cirrhose.

- **Affection irréversible et diffuse du foie**
- **Perte de l'architecture normale du foie**
- **Fibrose mutilante**
- **Disposition annulaire**
- **Nodules de régénération**

2 Quels sont les 2 examens morphologiques indispensables à pratiquer chez un patient cirrhotique ?

- **FOGD (varices œsophagiennes)**
- **Échographie abdominale et hépatique**

3 Quels sont les 5 items qui constituent le score de Child Pugh ?

- **Ascite**
- **Encéphalopathie**
- **Bilirubine**
- **Albumine**
- **TP**

4 Citer les 4 causes les plus fréquentes de cirrhose en France.

- **Alcool (12 millions)**
- **Hépatite B (150 000)**
- **Hépatite C (600 000)**
- **Hémochromatose (150 000)**

5 Citer les 4 principales complications de la cirrhose.

- **Hémorragie digestive**
- **Ascite**
- **Cancer primitif du foie**
- **Encéphalopathie hépatique**

6 Citer les principaux facteurs décompensant une cirrhose (11).

- **Hépatite alcoolique aiguë**
- **Infection du liquide d'ascite**
- **Infection urinaire, pulmonaire...**
- **Thrombose portale**
- **Hémorragie digestive**
- **CHC**

- **Médicaments (sédatifs, AINS)**
- **Hépatite virale**
- **Hématome sous dural aigu, chronique**
- **Hypoglycémie**
- **Rupture de régime**

7 Chez un alcoolique chronique, citer 4 diagnostiques à évoquer devant douleur abdominale, fièvre, ictère.

- **Infection du liquide d'ascite**
- **Pancréatite aiguë alcoolique**
- **Hépatite alcoolique aiguë**
- **Angiocholite**

8 Citer 3 causes de thrombopénie chez le cirrhotique.

- **CIVD**
- **Hypersplénisme**
- **Toxicité directe de l'alcool**

9 Citer les différentes possibilités thérapeutiques d'un CHC.

- **Hépatectomie partielle**
- **Transplantation hépatique**
- **Chimio-embolisation**
- **Alcoolisation**
- **Hormonothérapie**

10 Quels sont les 2 examens indispensables tous les 6 mois dans le suivi des patients cirrhotiques et pourquoi ?

- **Alpha fœtoprotéine**
- **Échographie abdominale**
- **Dépistage du CHC**

11 Décrire l'anatomopathologie des hépatites alcooliques aiguës.

- **Nécrose hyaline**
- **Corps de Mallory**
- **Ballonisation**
- **Infiltrat de PNN**

12 Quelles sont les caractéristiques cliniques du foie cirrhotique ?

- **Dur**
- **Indolore**

- Face antérieure lisse
- Bord inférieur tranchant

13 Quelles sont les contre-indications de la PBH transpariétale ?

- Hépatomégalie vasculaire
- Tumeur du foie hypervascularisée
- Ascite
- Troubles de la coagulation (Pl < 100 000/mm^3, TP < 50 %, TS > 10 minutes)
- Dilatation des voies biliaires intra-hépatiques
- Kyste hydatique

14 Comment faire un diagnostic clinico-morphologique d'hypertension portale ?

- Clinique :
  - circulation veineuse collatérale
  - Splénomégalie homogène
- Morphologique :
  - FOGD : varices œsophagiennes
    gastrite d'hyper tension portale en mosaïque, en pastèque
  - Échographie abdominale :
    dilatation du tronc porte
    flux inversé de la veine porte (Doppler)
    reperméabilisation de la veine ombilicale

15 Citer les syndromes paranéoplasiques des CHC.

- Polyglobulie
- Hypercalcémie
- Hypoglycémie
- Élévation paradoxale du facteur V

16 Citer les 7 causes les plus fréquentes de confusion chez un alcoolique chronique.

- Postcomitial
- Intoxication médicamenteuse
- Hypoglycémie
- Ivresse aiguë
- DT = *delirium tremens*
- HSD = hématome sous dural

- **Hémorragie méningée**
- **Encéphalopathie de Gayet et Wernicke**
- **Encéphalopathie hépatique**

17 Décrire la prise en charge médicale d'un patient cirrhotique.

- **Arrêt de l'alcool**
- **Prévention rupture des varices œsophagiennes (béta-bloquant, ligatures)**
- **Alpha-fœtoprotéine + échographie abdominale/6 mois**
- **FOGD/an**
- **Examen ORL et stomato**
- **Suivi à vie**

18 Quel est l'examen indispensable au diagnostic positif de cirrhose ?

- **Ponction biopsie hépatique**

19 Décrire les points importants de la prise en charge d'un patient addict.

- **Médicale :**
  - **sevrage et substitution**
  - **traitement des complications**
  - **traitement des pathologies associées**
- **Psychologique :**
  - **soutien psychologique**
  - **psycho-traitement**
- **Sociale :**
  - **associations**
  - **structures spécialisées**

20 Quel est le traitement de l'ascite non compliquée ?

- **Régime hyposodé**
- **Diurétiques (spironolactone +/– diurétiques de l'anse)**
- **Ponction-compensation**

21 Quelles sont les contre indications des diurétiques chez un cirrhotique ?

- **Natrémie < 130**
- **Hémorragie digestive**
- **Insuffisance hépatique sévère**
- **Insuffisance rénale**

22 Citer les causes d'anémie chez le cirrhotique.

- **Macrocytaire = carences folates, B12**
- **Normocytaire :**
  - **hémolyse**
  - **hémodilution**
  - **hémorragie**
- **Microcytaire = hémorragie**

23 Citer les causes d'ictère chez un cirrhotique alcoolique.

- **HAA = hépatite alcoolique aiguë**
- **Hépatite virale**
- **CHC = carcinome hépato-cellulaire**
- **Évolution de la cirrhose**
- **Lithiase de la VBP**
- **Hémolyse**

24 Citer les différentes causes de stéatose hépatique.

- **Alcool**
- **Diabète**
- **Obésité**
- **Dénutrition**
- **Nutrition parentérale**
- **MICI = maladie inflammatoire cryptogénétique intestinale**
- **Corticothérapie**

25 Citer les causes les plus fréquentes d'hypoprotidémie.

- **Insuffisance hépatique**
- **Syndrome néphrotique**
- **Carence d'apport**
- **Malabsorption**
- **Entéropathie exsudative**

Question n° 298

Ascite

- 3 grandes causes = 90 %
- Peut être cause ou conséquence d'une décompensation de cirrhose (cause par infection du liquide d'ascite, conséquence par hypertension portale, rétention hydrosodée)
- Toujours analyser le liquide d'ascite (multiples examens biologiques)
- Exsudat – Transsudat

1 Quelles sont les 2 conditions physiopathologiques nécessaires à la formation d'une ascite ?

....

2 Quel est l'examen fondamental devant toute ascite ?

....

3 Quelles recherches biologiques effectuer dans le liquide d'ascite ?

....

4 Quelles sont les 3 causes les plus fréquentes d'ascite ?

....

5 Quelle est la particularité de l'ascite d'origine cardiaque ?

....

6 Quelles sont les complications de l'ascite ?

....

7 Quel est le traitement d'une ascite non compliquée ?

....

8 Quelle est la surveillance à instaurer chez un patient porteur d'une ascite ?

....

9 Quels sont les différents modes d'infection du liquide d'ascite ?

....

10 Quels sont les diagnostics différentiels d'une ascite ?

....

11 Quels sont les facteurs prédictifs d'une infection spontanée du liquide d'ascite ?

....

12 Comment faire le diagnostique de certitude d'une ascite ?

....

13 Quand suspecter cliniquement une infection du liquide d'ascite ?

....

14 Qu'est-ce que le syndrome hépato-rénal ?

....

1 Quelles sont les 2 conditions physiopathologiques nécessaires à la formation d'une ascite ?

- **Hypertension portale**
- **Rétention hydrosodée**

2 Quel est l'examen fondamental devant toute ascite ?

- **Ponction d'ascite**

3 Quelles recherches biologiques effectuer dans le liquide d'ascite ?

- **Biochimique = protides**
- **Bactériologique = direct + cultures**
- **Cytologique = leucocytes et cellules tumorales**

4 Quelles sont les 3 causes les plus fréquentes d'ascite ?

- **Cirrhose**
- **Carcinose péritonéale**
- **Ascite tuberculeuse**

5 Quelle est la particularité de l'ascite d'origine cardiaque ?

- **Peut être exsudative ou transsudative**

6 Quelles sont les complications de l'ascite ?

- **Infection du liquide d'ascite**
- **Mécaniques (dyspnée, hernies)**
- **Diurétiques (hyponatrémie, dyskaliémie)**

7 Quel est le traitement d'une ascite non compliquée ?

- **Régime désodé**
- **Diurétiques (spironolactone +/– diurétiques de l'anse)**
- **Ponction évacuatrice**

8 Quelle est la surveillance à instaurer chez un patient porteur d'une ascite ?

- **Poids**
- **Diurèse**
- **Ionogramme sanguin**
- **Surveillance de la maladie causale**

9 Quels sont les différents modes d'infection du liquide d'ascite ?

- **95 % primitive**
- **5 % secondaire (perforation organe creux, cholécystite)**

10 Quels sont les diagnostics différentiels d'une ascite ?

- **Occlusion**
- **Globe vésical**
- **Kyste ovarien**
- **Fibrome utérin**
- **Hémopéritoine**
- **Météorisme abdominal**
- **Grossesse méconnue**

11 Quels sont les facteurs prédictifs d'une infection spontanée du liquide d'ascite ?

- **Sévérité de l'hépatopathie**
- **Hémorragie digestive associée**
- **Concentration faible en protides (< 10 %)**
- **Antécédent d'infection du liquide d'ascite**

12 Comment faire le diagnostique de certitude d'une ascite ?

- **Échographie abdominale**

13 Quand suspecter cliniquement une infection du liquide d'ascite ?

- **Syndrome infectieux**
- **Douleurs abdominales**
- **Choc septique**
- **Tableau pseudo chirurgical**
- **Aggravation de la cirrhose sous-jacente**

14 Qu'est-ce que le syndrome hépato-rénal ?

- **Insuffisance rénale fonctionnelle spontanée**
- **Stade avancé de cirrhose**
- **Ne régressant pas avec le remplissage vasculaire**

Question
n° 318

Hépatomégalie et masse abdominale

- Question très vague concernant tous les organes intra-abdominaux
- Apparition aiguë/chronique
- Cancérologie (colon, ovaire)
- Foie nodulaire/homogène/cirrhotique
- Splénomégalie

1 Citer les 3 tumeurs abdominales les plus fréquentes chez l'enfant.

....

2 Quelles sont les caractéristiques d'un foie métastatique ?

....

3 Décrire une HMG due à une insuffisance cardiaque.

....

4 Quelle est la première cause de kyste intra-hépatique ?

....

5 Donner les caractéristiques de l'abcès amibien.

....

6 Comment le confirmer ?

....

7 Définir un syndrome de Budd Chiari.

....

8 Donner 3 causes de granulomatose hépatique.

....

9 Quel est le bilan complémentaire à pratiquer devant un neuroblastome abdominale de l'enfant ?

....

10 Qu'est-ce que le syndrome de Pepper ?

....

11 Donner quelques causes d'hypertension portale entraînant une splénomégalie.

....

12 Citer 6 causes de stéatose hépatique.

....

13 Quelles sont les complications des fibromes utérins ?

....

14 Pourquoi examiner les bourses devant une masse abdominale latéralisée ?

....

15 Qu'évoquer et quels examens pratiquer devant une masse abdominale battante et expansive sus-ombilicale ?

....

1 Citer les 3 tumeurs abdominales les plus fréquentes chez l'enfant.

- **Neuroblastome (35 %)**
- **Néphroblastome (35 %)**
- **Lymphomes abdominaux (10 %)**

2 Quelles sont les caractéristiques d'un foie métastatique ?

- **Hépatomégalie hétérogène nodulaire**

3 Décrire une HMG due à une insuffisance cardiaque.

- **Hépatomégalie douloureuse**
- **Molle**
- **Avec reflux hépatojugulaire**
- **Et signes d'insuffisance cardiaque droite = turgescence jugulaire, reflux hépatojugulaire, œdèmes des membres inférieurs**

4 Quelle est la première cause de kyste intra-hépatique ?

- **Kyste hydatique**

5 Donner les caractéristiques de l'abcès amibien.

- **Douleur HCD droit spontanée et à l'ébranlement du foie**
- **Fièvre**
- **Hyperleucocytose à PNN**

6 Comment le confirmer ?

- **Sérologie amibienne**
- **Voyage en zone d'endémie dans les antécédants**
- **Ponction sous échographie**

7 Définir un syndrome de Budd Chiari.

- **Obstruction des troncs veineux sus hépatiques**

8 Donner 3 causes de granulomatose hépatique.

- **Tuberculose**
- **Brucellose**
- **Sarcoïdose**

9 Quel est le bilan complémentaire à pratiquer devant un neuroblastome abdominal de l'enfant ?

- **Biologie = marqueurs (HVA, VMA et dopamine urinaires)**
- **ASP = calcifications**
- **Radio thorax (face)**
- **Échographie abdominale = masse exo-rénale**
- **Scintigraphie au MIBG**
- **BOM + myélogrammes**
- **Scanner thoraco-abdominal**
  (radios osseuses = méta)

10 Qu'est-ce que le syndrome de Pepper ?

- **Métastases hépatiques d'un neuroblastome abdominal = infiltrat diffus, hépatomégalie, croissance rapide**
- **Chez un enfant de moins de 6 mois**
- **Guérison 100 %**

11 Donner quelques causes d'hypertension portale entraînant une splénomégalie.

- **Bloc sus-hépatique = Insuffisance cardiaque, Budd Chiari**
- **Bloc intra-hépatique = cirrhose, sarcoïdose**
- **Bloc infra-hépatique = thrombose porte**

12 Citer 6 causes de stéatose hépatique.

- **Diabète**
- **Obésité**
- **Dénutrition**
- **Nutrition parentérale**
- **Corticothérapie**
- **Maladie inflammatoire cryptogénétique de l'intestin**

13 Quelles sont les complications des fibromes utérins ?

- **Hémorragiques (ménorragies, métrorragies)**
- **Obstétricales (FCS, MAP)**
- **Thrombo-emboliques**
- **Mécaniques (douleurs, augmentation de volume, compression d'organes de voisinage)**
- **Nécrobiose aseptique**
- **Infection**

14 Pourquoi examiner les bourses devant une masse abdominale latéralisée ?

- **Testicule ectopique**

15 Qu'évoquer et quels examens pratiquer devant une masse abdominale battante et expansive sus-ombilicale ?

- **Anévrisme de l'aorte abdominale**
- **ASP**
- **Échographie abdominale**
- **TDM abdominale sans puis avec injection de produit de contraste**
- **Artériographie**
- **Aortographie**

Question
n° 100

Parasitoses digestives (lambliase L, tœniasis T, oxyurose O, ascaridiose As, amibiase Am, hydatidose H)

- Abcès amibien du foie
- Transmission oro-fécale
- Hygiène et « péril fécal »
- Examen des sujets contacts/entourage/famille
- Examen des selles
- Origine géographique. Contexte alimentaire
- Y penser, surtout chez l'enfant, devant tout trouble digestif prolongé inexpliqué

1 Parmi les 6 parasitoses digestives étudiées, dire les différentes familles auxquelles elles appartiennent.

....

2 Lesquelles ne donnent jamais d'hyper-éosinophilie ?

....

3 Quel est le symptôme le plus fréquent d'une oxyurose ?

....

4 Définir le syndrome de Lœffler.

....

5 Quel est le risque rare mais grave du tæniasis ?

....

6 Citer les mesures préventives évitant une réinfestation par les oxyures.

....

7 Pour quelles parasitoses utiliser un scotch test ?

....

8 Parmi les 6 parasitoses étudiées, lesquelles peuvent atteindre le foie et/ou les voies biliaires ?

....

9 Quel est le type de la diarrhée due à la lambliase ? Par quel mécanisme ?

....

10 Que peut montrer l'ASP en cas de kyste hydatique ?

....

11 Quel est le traitement du kyste hydatique hépatique ?

....

12 Quelles sont les complications du kyste hydatique hépatique ?

....

13 Quelle localisation associée doit-on rechercher devant un kyste hydatique hépatique ?

....

14 Quel est l'examen le plus utile au diagnostic de kyste hydatique ?

....

15 Pourquoi la ponction est-elle contre-indiquée en cas de kyste hydatique hépatique ?

....

16 Quelles sont les manifestations hépatobiliaires des Ascaris ?

....

17 Quel est le nom exact de l'agent pathogène responsable de l'amibiase hépatique ?

....

18 Quelles sont les différentes formes d'atteinte digestive due à l'amibiase (amibiase intestinale) ?

....

19 Qu'est-ce que la triade de Fontan ?

....

20 En cas de diarrhée, quel examen doit-on pratiquer devant la suspicion d'amibiase ?

....

21 Quels sont les 2 examens nécessaires au diagnostic d'amibiase hépatique ?

....

22 Quelles sont les anomalies biologiques les plus fréquentes au cours de l'amibiase hépatique ?

....

23 Comment pratiquer la surveillance d'une amibiase hépatique ?

....

24 Quelle maladie générale vous évoque un prurit familial, nocturne et généralisé ?

....

25 Quel est le traitement de référence pour L, T, As, Am, O ?

....

1 Parmi les 6 parasitoses digestives étudiées, dire les différentes familles auxquelles elles appartiennent.

- **L et Am = protozoaires**
- **T et H = cestodes**
- **As et O = nématodes**

2 Lesquelles ne donnent jamais d'hyper-éosinophilie ?

- **Lambliase**
- **Amibiase**

3 Quel est le symptôme le plus fréquent d'une oxyurose ?

- **Prurit anal**
- **Vespéral**
- **Nocturne**
- **Souvent chez l'enfant**

4 Définir le syndrome de Lœffler.

- **Syndrome correspondant à la phase de migration larvaire de plusieurs parasites en particulier l'ascaris**

Il associe :

- **Fièvre à 38 °C**
- **Toux sèche évoluant par quintes**
- **Auscultation normale**
- **Infiltrat radio LABILE, mal limité**
- **Hyperéosinophilie élevée**

5 Quel est le risque rare mais grave du tæniasis ?

- **Épilepsie**

6 Citer les mesures préventives évitant une réinfestation par les oxyures.

- **Ongles courts et propres**
- **Traitement individuel et de l'entourage**

7 Pour quelles parasitoses utiliser un scotch test ?

- **Oxyurose**
- **Tæniasis**

8 Parmi les 6 parasitoses étudiées, lesquelles peuvent atteindre le foie et/ou les voies biliaires ?

- **Amibiase**
- **Hydatidose**
- **Ascaris**

9 Quel est le type de la diarrhée due à la lambliase ? Par quel mécanisme ?

- **Diarrhée par malabsorption**
- **Atrophie villositaire (comme la maladie cœliaque = diagnostic différentiel)**

10 Que peut montrer l'ASP en cas de kyste hydatique ?

- **Il peut être normal**
- **Déformation en brioche de la coupole diaphragmatique droite**
- **Calcifications hépatiques**

11 Quel est le traitement du kyste hydatique hépatique ?

- **Chirurgie et/ou stérilisation par injection préopératoire de formol**
- **Abstention si kyste ancien ou calcifié**

12 Quelles sont les complications du kyste hydatique hépatique ?

- **Fissuration dans les voies biliaires = angiocholite**
- **Infection**
- **Rupture → choc anaphylactique par échinococcose péritonéale secondaire**
- **Compression voie biliaire ou veine porte**

13 Quelle localisation associée doit-on rechercher devant un kyste hydatique hépatique ?

- **Poumon**

14 Quel est l'examen le plus utile au diagnostic de kyste hydatique ?

- **Sérologie spécifique**

15 Pourquoi la ponction est-elle contre-indiquée en cas de kyste hydatique hépatique ?

- **Risque de dissémination péritonéale**

16 Quelles sont les manifestations hépatobiliaires des Ascaris ?

- **Angiocholites à répétition en contexte allergique**

17 Quel est le nom exact de l'agent pathogène responsable de l'amibiase hépatique ?

- ***Entamoeba histolytica histolytica***

18 Quelles sont les différentes formes d'atteinte digestive due à l'amibiase (amibiase intestinale) ?

- **Aiguë = dysenterie SANS fièvre**
- **Colite postamibienne = colopathie fonctionnelle**
- **Amœbome = pseudotumeur colique (rare)**

19 Qu'est-ce que la triade de Fontan ?

- **Hépatomégalie**
- **Douloureuse**
- **Fébrile**
- **Signe clinique fréquent d'un abcès amibien du foie**

20 En cas de diarrhée, quel examen doit-on pratiquer devant la suspicion d'amibiase ?

- **Coprologie parasitaire**

21 Quels sont les 2 examens nécessaires au diagnostic d'amibiase hépatique ?

- **Sérologie spécifique**
- **Échographie abdominale**

22 Quelles sont les anomalies biologiques les plus fréquentes au cours de l'amibiase hépatique ?

- **Sérodiagnostic positif**
- **Augmentation des polynucléaires neutrophiles**
- **Syndrome inflammatoire (VS et CRP)**
- **Augmentation des phosphatases alcalines et des transaminases**

23 Comment pratiquer la surveillance d'une amibiase hépatique ?

- **Clinique**
- **Pas d'échographie de surveillance**

24 Quelle maladie générale vous évoque un prurit familial, nocturne et généralisé ?

- **Gale sarcoptique**

25 Quel est le traitement de référence pour L, T, As, Am, O ?

- **L = 5 nitro-imidazolés = métronidazole, Flagyl®**
- **Am = 5 nitro-imidazolés = métronidazole, Flagyl®**
- **T = praziquantel, Biltricide®**
- **As = flubendazole, Fluvermal®**
- **O = flubendazole, Fluvermal®**

Question n° 118

Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique

- Maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin
- Éliminer une étiologie infectieuse devant une diarrhée sanglante
- Évolution par poussées
- Rechercher les atteintes extra-digestives
- Risque carcinologique (surtout pour la rectocolite)

I. MALADIE DE CROHN

1 Définir un syndrome de Kœnig.

....

2 Définir une colectasie.

....

3 Quels segments du tube digestif peut toucher la maladie de Crohn ?

....

4 Quelles sont les manifestations digestives d'une maladie de Crohn ?

....

5 Quelles sont les manifestations extra-intestinales à rechercher ?

....

6 Quel est l'examen morphologique de référence dans cette pathologie ?

....

7 Quels en sont les résultats attendus ?

....

8 Quel geste réalise-t-on au cours de cet examen ? Quels en sont les résultats attendus ?

....

9 Quelles sont les principales complications d'une maladie de Crohn ?

....

10 Quelle est l'évolution habituelle d'une maladie de Crohn ?

....

11 Pourquoi faut-il éviter au maximum la chirurgie dans la maladie de Crohn (hormis dans le traitement des complications) ?

....

II. RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE (RCH)

12 Définir un syndrome dysentérique.

....

13 Définir les termes **épreintes** et **ténesmes**.

....

14 Quelle est l'atteinte anatomique de la RCH ?

....

15 Quels sont les types d'évolution de la RCH ?

....

16 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité minime ?

....

17 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité modérée (cas le plus fréquent) ?

....

18 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité sévère ?

....

19 Quels examens complémentaires doit-on réaliser pour le diagnostic d'une diarrhée glairo-sanglante d'un sujet jeune ?

....

20 Quels sont les aspects endoscopiques principaux de la RCH ?

....

21 Quelles sont les manifestations extra-intestinales de la RCH ?

....

22 Qu'évoquez-vous devant une cholestase chez un patient atteint de RCH ?

....

23 Quelles sont les complications digestives de la RCH à court et moyen terme ?

....

24 Quel est le risque évolutif d'une pancolite ?

....

I. MALADIE DE CROHN

1 Définir un syndrome de Kœnig.

- **Douleur abdominale de début brutal, durant quelques secondes ou minutes, disparaissant avec des gargouillements abdominaux. Elle peut être accompagnée de ballonnement et d'ondulations péristaltiques. Le syndrome de Kœnig traduit une souffrance du grêle.**

2 Définir une colectasie.

- **Signe radiologique à l'ASP : dilatation colique (colon transverse) supérieure à 6 cm, de survenue brutale (risque de perforation)**

3 Quels segments du tube digestif peut toucher la maladie de Crohn ?

- **TOUS : de la bouche à l'anus**
- **La maladie de Crohn atteint surtout l'iléon et le colon**
- **L'atteinte est asymétrique**

4 Quelles sont les manifestations digestives d'une maladie de Crohn ?

- **Diarrhée chronique, glaireuse, exsudative**
- **Douleurs abdominales, syndrome de Kœnig**
- **Masse abdominale parfois**
- **Manifestations anales : fissures, abcès, fistules**

5 Quelles sont les manifestations extra-intestinales à rechercher ?

- **Fièvre, altération de l'état général**
- **Atteintes cutanéo-muqueuses (érythème noueux, ulcérations buccales)**
- **Atteintes rhumatologiques (arthralgies, arthrites, spondylarthropathies)**
- **Atteinte oculaire (uvéite)**

6 Quel est l'examen morphologique de référence dans cette pathologie ?

- **Coloscopie totale**

7 Quels en sont les résultats attendus ?

- **Lésions segmentaires séparées par des zones de muqueuse saine**
- **Ulcérations muqueuses aphtoïdes**
- **Fausses membranes**
- **Épaississement pariétal**

8 Quel geste réalise-t-on au cours de cet examen ? Quels en sont les résultats attendus ?

- **Biopsies multiples :**
- **Infiltration lymphoplasmocytaire dans TOUTE l'épaisseur de la paroi colique**
- **Granulome à cellules épithélioïdes (typique mais inconstant)**

9 Quelles sont les principales complications d'une maladie de Crohn ?

- **Occlusions**
- **Fistules**
- **Abcès**
- **Perforation**
- **Hémorragies digestives**
- **Colectasie**
- **Retard staturo-pondéral chez l'enfant**
- **Cancer colique (risque plus faible que pour la RCH)**

10 Quelle est l'évolution habituelle d'une maladie de Crohn ?

- **Évolution chronique, par poussées séparées par des rémissions cliniques**
- **La guérison est rare**

11 Pourquoi faut-il éviter au maximum la chirurgie dans la maladie de Crohn (hormis dans le traitement des complications) ?

- **La résection des segments atteints ne prévient pas la récidive de la maladie**
- **Risque de résection étendue du grêle**

II. RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE (RCH)

12 Définir un syndrome dysentérique.

- **Douleur colique paroxystique à type de torsion accompagnée de selles glairo-sanglantes**

13 Définir les termes **épreintes** et **ténesmes**.

- **Épreinte : douleur colique intense soulagée par l'exonération**
- **Ténesme : sensation douloureuse de plénitude rectale**

14 Quelle est l'atteinte anatomique de la RCH ?

- **Atteinte CONSTANTE du rectum**
- **Extension variable vers le cæcum**
- **Respect du grêle**

15 Quels sont les types d'évolution de la RCH ?

- **Poussées avec des épisodes de rémission**
- **Évolution vers une pancolite**
- **Évolution d'un seul tenant (sans rémission)**

16 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité minime ?

- **Quelques selles glairo-sanglantes**

17 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité modérée (cas le plus fréquent) ?

- **6 à 10 selles glairo-sanglantes par jour**
- **Douleurs abdominales**
- **État général peu altéré**

18 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité sévère ?

- **Plus de 10 selles glairo-sanglantes par jour**
- **Douleurs abdominales**
- **Altération de l'état général : fièvre, amaigrissement**
- **Déshydratation, dénutrition**
- **Tachycardie**
- **Anémie, hypo-albuminémie**

19 Quels examens complémentaires doit-on réaliser pour le diagnostic d'une diarrhée glairo-sanglante d'un sujet jeune ?

- **Examen parasitologique des selles et coproculture (3 jours de suite)**
- **Coloscopie avec biopsies**

20 Quels sont les aspects endoscopiques principaux de la RCH ?

- **Lésions diffuses, sans intervalle de muqueuse saine**
- **Œdème de la muqueuse**
- **Fausses membranes, saignements, ulcérations**

21 Quelles sont les manifestations extra-intestinales de la RCH ?

- **Oculaires = uvéite antérieure, conjonctivite, kératite**
- **Cutanées = érythème noueux, hypocratisme digital**
- **Rhumatismales = oligoarthrite, spondylarthrite ankylosante**
- **Hépatobiliaires**

22 Qu'évoquez-vous devant une cholestase chez un patient atteint de RCH ?

- **Sclérose biliaire**

23 Quelles sont les complications digestives de la RCH à court et moyen terme ?

- **Hémorragie digestive**
- **Perforation**
- **Septicémie**
- **Colectasie**

24 Quel est le risque évolutif d'une pancolite ?

- **Cancer colorectal**

Question n° 195

Douleurs abdominales et lombaires

- Rechercher des signes de gravité
- Question très lourde donc raisonner appareil par appareil
- Classer causes chirurgicales (urologiques, gynécologiques, digestives)/causes médicales
- La localisation de la douleur guide (9 cadrans de l'abdomen)
- Rechercher des signes d'irritation péritonéale
- Présence de fièvre ?

1 Citer les 8 causes chirurgicales les plus fréquentes de douleur abdominale chez l'enfant.

....

2 Quels sont les arguments qui font suspecter une cause chirurgicale à une douleur abdominale de l'enfant ?

....

3 En cas de suspicion de douleur abdominale chirurgicale, que doit obligatoirement comporter votre examen clinique ?

....

4 Pourquoi doit-on impérativement enlever ses chaussettes à un enfant qui a mal au ventre ?

....

5 En dehors de l'appareil digestif, devant des douleurs abdominales fébriles, quels sont les 3 organes que vous devez examiner chez l'enfant ?

....

6 Que doit vous évoquer toute douleur abdominale chez une femme jeune ?

....

7 Quel est le seul examen morphologique utile au diagnostic d'invagination intestinale aiguë iléo-iléale, pourquoi ?

....

8 Quelles sont les évolutions possibles d'une invagination intestinale ?

....

9 Donner les critères de désinvagination par le lavement opaque aux hydrosolubles.

....

10 De quoi doit-on s'assurer avant de faire un ASP chez une femme ?

....

11 Que doit vous évoquer une douleur abdominale brutale chez un patient atteint de glomérulonéphrite extra-membraneuse primitive ?

....

12 En cas de douleur lombaire fébrile, avec urines stériles chez un patient porteur de lithiases rénales, quel diagnostic évoquer et quel en est le traitement ?

....

13 Chez un patient porteur d'une polykystose rénale quelles sont les causes spécifiques de douleurs lombaires ?

....

14 Chez l'adulte, quel examen très simple doit être impérativement pratiqué ?

....

15 Que vous évoquent des douleurs abdominales brutales migratrices chez un patient hypertendu ?

....

16 Chez un patient athéromateux, que doit-on craindre en présence de douleurs abdominales isolées ?

....

17 Chez un patient présentant des douleurs adbominales aiguës avec au ionogramme une hyponatrémie et une hyperkaliémie, quel diagnostic évoquer ?

....

18 Quels sont les grands points de l'interrogatoire d'une douleur abdominale ?

....

19 Citer les cancers ostéophiles pouvant donner des méta vertébrales causes de douleurs lombaires.

....

20 Quels sont les signes d'alerte, qui, devant une lombalgie, font évoquer une lombalgie symptomatique, non commune ?

....

21 Quelles sont les 4 causes les plus fréquentes de lombalgies symptomatiques ?

....

22 Devant une lombalgie commune, quels sont les 3 signes de gravité à rechercher systématiquement ?

....

23 Quel est le traitement du lumbago ?

....

24 Donner les signes radiologiques d'une spondylarthrite ankylosante.

....

25 Quelle maladie doit vous évoquer des vertèbres en cadre ?

....

26 Citer les examens complémentaires à pratiquer devant une spondylodiscite bactérienne, cause de lombalgie inflammatoire.

....

1 Citer les 8 causes chirurgicales les plus fréquentes de douleur abdominale chez l'enfant.

- **Appendicite**
- **Péritonite**
- **Abcès du Douglas**
- **Torsion (testicule, annexe)**
- **Étranglement herniaire**
- **Diverticule de Meckel**
- **Occlusion**
- **Invagination intestinale aiguë (IIA)**

2 Quels sont les arguments qui font suspecter une cause chirurgicale à une douleur abdominale de l'enfant ?

- **Masse palpable**
- **Signes d'irritation péritonéale**
- **Douleur fixe, non péri ombilicale**

3 En cas de suspicion de douleur abdominale chirurgicale, que doit obligatoirement comporter votre examen clinique ?

- **Orifices herniaires**
- **TR**
- **Testicule = contenu scrotal**

4 Pourquoi doit-on impérativement enlever ses chaussettes à un enfant qui a mal au ventre ?

- **Recherche du purpura déclive du purpura rhumatoïde**

5 En dehors de l'appareil digestif, devant des douleurs abdominales fébriles, quels sont les 3 organes que vous devez examiner chez l'enfant ?

- **ORL = otite**
- **Poumon = pneumopathie basale**
- **Infection urinaire (BU)**

6 Que doit vous évoquer toute douleur abdominale chez une femme jeune ?

- **Grossesse extra-utérine**

7 Quel est le seul examen morphologique utile au diagnostic d'invagination intestinale aiguë iléo-iléale, pourquoi ?

- **Échographie abdominale, car le lavement opacifie le colon et au mieux la dernière anse iléale**

8 Quelles sont les évolutions possibles d'une invagination intestinale ?

- **Désinvagination spontanée**
- **Récidives, surtout si IIA secondaire**
- **Complications = HD, nécrose, perforation**

9 Donner les critères de désinvagination par le lavement opaque aux hydrosolubles.

- **Opacification complète de tout le cadre colique**
- **Opacification complète de la dernière anse grêle**
- **Pas d'encoche pariétale**
- **Pas de réinvagination sur le cliché en évacuation**
- **Enfant calmé après le lavement**

10 De quoi doit-on s'assurer avant de faire un ASP chez une femme ?

- **De l'absence de grossesse**

11 Que doit vous évoquer une douleur abdominale brutale chez un patient atteint de glomérulonéphrite extra membraneuse primitive ?

- **Thrombose des veines rénales**

12 En cas de douleur lombaire fébrile, avec urines stériles chez un patient porteur de lithiases rénales, quel diagnostic évoquer et quel en est le traitement ?

- **Pyélonéphrite sur obstacle**
- **Urgence diagnostique et thérapeutique**
- **Montée de sonde urétérale en urgence**

13 Chez un patient porteur d'une polykystose rénale quelles sont les causes spécifiques de douleurs lombaires ?

- **Kystique = hémorragie, infection**
- **Obstruction urinaire = lithiase, caillot**

14 Chez l'adulte, quel examen très simple doit être impérativement pratiqué sous peine de voir le patient mourir devant soi ?

- **ECG (nécrose myocardique inférieure)**

15 Que vous évoquent des douleurs abdominales brutales migratrices chez un patient hypertendu ?

- **Dissection aortique**

16 Chez un patient athéromateux, que doit-on craindre en présence de douleurs abdominales isolées ?

- **Anévrisme de l'aorte abdominale**
- **Colite ischémique, infarctus mésentérique**
- **IDM, angor**
- **Thrombose artère rénale**

17 Chez un patient présentant des douleurs adbominales aiguës avec au iono une hyponatrémie et une hyperkaliémie, quel diagnostic évoquer ?

- **Insuffisance surrénale aiguë**

18 Quels sont les grands points de l'interrogatoire d'une douleur abdominale ?

- **Caractères de la douleur (lieu, type, position antalgique, brutale...)**
- **Signes associés (gynéco, urinaires, thoraciques, fièvre...)**
- **Facteur déclenchant**
- **ATCD**

19 Citer les cancers ostéophiles pouvant donner des méta vertébrales causes de douleurs lombaires.

- **Sein**
- **Rein**
- **Poumon**
- **Thyroïde**
- **Prostate**

20 Quels sont les signes d'alerte, qui, devant une lombalgie, font évoquer une lombalgie symptomatique, non commune ?

- **Âge > 50 ans**
- **AEG**

- Fièvre
- DI inflammatoire
- ATCD de cancer ou de geste invasif

21 Quelles sont les 4 causes les plus fréquentes de lombalgies symptomatiques ?

- Métastase vertébrale
- Spondylodiscite
- Spondylatrhopathie
- Fracture sur tassement vertébral

22 Devant une lombalgie commune, quels sont les 3 signes de gravité à rechercher systématiquement ?

- Paralysie
- Syndrome de la queue de cheval
- Résistance aux antalgiques de classe 3

23 Quel est le traitement du lumbago ?

- Repos antalgique
- Arrêt de travail
- Antalgique per os niveau 1
- AINS
- Myorelaxants
- Ceinture à distance de l'épisode aigu
- Hygiène lombaire = renforcement musculaire, auto-rééducation, délordose

24 Donner les signes radiologiques d'une spondylarthrite ankylosante.

- Sacro-iliaque = 4 stades :
  - déminéralisation
  - érosion
  - condensation
  - fusion
- Vertèbres :
  - squarring
  - effacement de la concavité naturelle
  - syndesmophytes
  - rail, colonne bambou
  - ossification inter-épineuse

25 Quelle maladie doit vous évoquer des vertèbres en cadre ?

- **Maladie de Paget osseuse**

26 Citer les examens complémentaires à pratiquer devant une spondylodiscite bactérienne, cause de lombalgie inflammatoire.

- **Diagnostic positif :**
  – radios standards
  – IRM rachis
  – ponction biopsie disco-vertébrale scanoguidée → bactériologie et anapathologie (après bilan d'hémostase)
  – scintigraphie os Tc99M corps entier
- **Syndrome inflammatoire = NFS, VS, CRP, Hémoc, EPP**
- **Porte d'entrée = ETT, ECBU, ORL, STO**

Question n° 229

Colopathie fonctionnelle

- **Diagnostic d'élimination**
- **Toujours penser au cancer si évolution rapide ou apparition récente**
- **Touche tous âges et les 2 sexes, mais débute souvent jeune**
- **Alternance diarrhée/constipation**
- **Ancienneté des troubles**
- **Pas d'altération de l'état général**
- **Examen clinique normal**
- **Coloscopie si plus de 40 ans**

1 Quels sont les signes fonctionnels des colopathies fonctionnelles (CF) ?

....

2 Quels arguments cliniques sont évocateurs de CF ?

....

3 Citer 3 signes négatifs faisant suspecter d'autres diagnostics.

....

4 Quel pourcentage de la population souffre de CF ?

....

5 Quel examen est nécessaire après 40 ans ? Pourquoi ?

....

6 Citer les bases du traitement des CF.

....

7 Quel traitement de première intention proposer devant constipation ou alternance diarrhée constipation ?

....

8 Quel traitement de première intention proposer devant diarrhée ?

....

9 Quel traitement de première intention proposer devant douleurs abdominales ?

....

10 Quel traitement de première intention proposer devant ballonnement abdominal ?

....

1 Quels sont les signes fonctionnels des colopathies fonctionnelles (CF) ?

- **Douleurs abdominales à type de crampes**
- **Constipation**
- **Diarrhée**
- **Ballonnement abdominal**

2 Quels arguments cliniques sont évocateurs de CF ?

- **Ancienneté des troubles**
- **Absence d'altération de l'état général**
- **Examen clinique normal**

3 Citer 3 signes négatifs faisant suspecter d'autres diagnostics.

- **Rectorragies**
- **Altération de l'état général**
- **Réveils nocturnes (par les troubles du transit ou les douleurs)**

4 Quel pourcentage de la population souffre de CF ?

- **40 %**

5 Quel examen est nécessaire après 40 ans ? Pourquoi ?

- **Coloscopie totale**
- **Éliminer un cancer colorectal**

6 Citer les bases du traitement des CF.

- **Règles hygiéno-diététiques**
- **Psychothérapie de soutien**
- **Traitement symptomatique**

7 Quel traitement de première intention proposer devant constipation ou alternance diarrhée constipation ?

- **Laxatifs osmotiques sucrés (lactulose, Duphalac®)**

8 Quel traitement de première intention proposer devant diarrhée ?

- **Ralentisseurs du transit (lopéramide, Imodium®)**

9 Quel traitement de première intention proposer devant douleurs abdominales ?

- **Anti-spasmodiques musculotropes (phloroglucinol, Spasfon®)**

10 Quel traitement de première intention proposer devant ballonnement abdominal ?

- **Charbon activé (Carbosylane®)**

Question n° 268

Pancréatites aiguës

- Pronostic vital en jeu
- Y penser devant toute douleur abdominale
- Diagnostic très trompeur, donc avoir la lipasémie « facile »
- Alcool + lithiase biliaire
- Score de Ranson (à l'admission puis à 48 heures)
- Score de Balthazar (scanner abdominal)

1 Quelles sont les 3 causes les plus fréquentes ?

....

2 Quel est l'examen biologique le plus spécifique et le plus sensible ?

....

3 Quel est l'examen morphologique de première intention dans le cadre de l'urgence ; à J2 ?

....

4 Quels sont les signes cliniques évocateurs ?

....

5 Quelles sont les complications à court terme ?

....

6 Quel est le pronostic à moyen terme ?

....

7 Citer 3 complications locales tardives ?

....

8 Quelle est l'évolution possible des faux kystes ?

....

9 Quel traitement proposer devant une PA biliaire chez un patient non opérable ?

....

10 Définir le score de Balthazar.

....

11 Définir une PA grave. Que faire dans ce cas ?

....

12 Quel bilan biologique demander à l'admission d'une PA ?

....

13 Donner les signes d'infection de nécrose.

....

14 Quel est le traitement médical d'une PA non compliquée ?

....

15 Que rajouter à ce traitement en cas de complications ?

....

16 Quelles sont les 2 formes anapathologiques de PA, laquelle est la plus fréquente ?

....

1 Quelles sont les 3 causes les plus fréquentes ?

- **Biliaire (35 %)**
- **Alcool (35 %)**
- **Idiopathique (10 %)**

2 Quel est l'examen biologique le plus spécifique et le plus sensible ?

- **Lipasémie**

3 Quel est l'examen morphologique de première intention dans le cadre de l'urgence ; à J2 ?

- **En urgence = échographie abdominale pour éliminer un obstacle des voies biliaires**
- **À J2 = TDM abdominal pour Dg PA**

4 Quels sont les signes cliniques évocateurs ?

- **Douleur épigastrique brutale**
- **Irradiation dorsale ou HCG**
- **Signes d'irritation péritonéale**
- **Signes de choc si PA sévère (contraste entre choc et examen clinique normal)**

5 Quelles sont les complications à court terme ?

- **Pronostic de réanimation :**
  - **défaillances multiviscérales**
  - **choc hypovolémique, cardiogénique**
  - **insuffisance rénale aiguë fonctionnelle ou organique**
  - **insuffisance respiratoire = SDRA**
  - **insuffisance hépatique**
  - **neurologique = troubles de la vigilance**
  - **dermatologique = gangrène des membres inférieurs**

6 Quel est le pronostic à moyen terme ?

- **Infection de nécrose par translocation de germes intestinaux**

7 Citer 3 complications locales tardives ?

- **Extension dans le pancréas**
- **Nécrose**

- **Faux kyste du pancréas**

8 Quelle est l'évolution possible des faux kystes ?

- **Résorption spontanée**
- **Persistance sans symptômes**
- **Compression organes de voisinage**
- **Abcès**
- **Fistule**
- **Infection**
- **Rupture**
- **Hémorragie intra-kyste**

9 Quel traitement proposer devant une PA biliaire chez un patient non opérable ?

- **Cholangiopancréatographie rétrograde par voie endoscopique + sphinctérotomie endoscopique**
- **Cholécystectomie à distance sous cœlioscopie**

10 Définir le score de Balthazar.

- **Score scanographique de gravité :**
  A = pancréas normal
  B = augmentation isolée du volume du pancréas à contours flous
  C = opacité limitée de la graisse péri-pancréatique
  D = 1 collection pancréatique ou extra-pancréatique
  E = au moins 2 collections ou gaz dans 1 collection

11 Définir une PA grave. Que faire dans ce cas ?

- **Score de Ranson au moins égal à 3**
- **Hospitaliser en réanimation**

12 Quel bilan biologique demander à l'admission d'une PA ?

- **Gravité à l'entrée**
- **NFS**
- **Glycémie**
- **LDH**
- **ASAT**
- **Évolution dans les 48 heures, donc à prélever dès l'entrée pour voir l'évolution**
- **Urée**
- **Hématocrite**

- GDS (PaO_2, HCO_3^-)
- Calcémie et albuminémie

13 Donner les signes d'infection de nécrose.

- Fièvre
- Hyperleucocytose
- Bulles de nécrose au TDM

14 Quel est le traitement médical d'une PA non compliquée ?

- Hospitaliser en réanimation
- Antalgiques
- À jeun, SNG en aspi
- HBPM, IPP
- Pas d'antibioprophylaxie
- TTT des complications

15 Que rajouter à ce traitement en cas de complications ?

- Nutrition entérale
- Ponction des coulées de nécrose + drainage
- ATB = imipénème 14 jours

16 Quelles sont les 2 formes anapathologiques de PA, laquelle est la plus fréquente ?

- PA œdémateuse (la plus fréquente)
- PA nécrotique (la plus grave)

Question n° 269

Pancréatite chronique

- Rechercher les complications extra-pancréatiques dues au terrain
- Foie et ORL +++
- Maladie chronique = éducation du patient + suivi à vie + sevrage + poussées aiguës sur pathologie chronique
- Malabsorption. Diabète
- Pseudokystes du pancréas

1 Quel est le terrain de la PC ?

....

2 Quels sont les 2 types de douleurs abdominales dans la PC ?

....

3 Quels examens morphologiques prescrire ?

....

4 Citer 2 troubles métaboliques au cours de l'évolution de la maladie.

....

5 Quel est le bilan biologique minimum dans la PC ?

....

6 Quelles sont les évolutions possibles des pseudokystes du pancréas ?

....

7 Décrire la douleur de la PC classique.

....

8 Quel est le traitement médical d'une PC ?

....

9 Citer 5 complications chroniques non métaboliques de la PC.

....

1 Quel est le terrain de la PC ?

- **Homme 40 ans**
- **Alcoolique depuis au moins 10 ans**

2 Quels sont les 2 types de douleurs abdominales dans la PC ?

- **Douleurs chroniques modérées**
- **Douleurs aiguës = poussées de pancréatite aiguë sur pancréatite chronique**

3 Quels examens morphologiques prescrire ?

- **ASP F, P, 3/4 (droit et gauche) = calcifications**
- **Échographie abdominale = calcifications, dilatations, sténoses des canaux pancréatiques**
- **TDM hélicoïdal, spiralé, coupes fines sans injection**

4 Citer 2 troubles métaboliques au cours de l'évolution de la maladie.

- **Insuffisance pancréatique exocrine = diarrhée par malabsorption**
- **Insuffisance pancréatique endocrine = troubles de la glycorégulation**

5 Quel est le bilan biologique minimum dans la PC ?

- **Amylase, lipase**
- **BHC**
- **Bilan de coagulation**
- **EPP**
- **Stéatorrhée des 24 heures**
- **Glycémie**
- **Bilan phosphocalcique**
- **Cholestérol triglycérides**

6 Quelles sont les évolutions possibles des pseudokystes du pancréas ?

- **Résorption spontanée**
- **Persistance sans symptômes**
- **Hémorragies intra-kyste**
- **Infection**
- **Rupture**

- Fistulisation
- Compression des organes de voisinage

7 Décrire la douleur de la PC classique.

- Douleur sourde à type de broiement
- Sans paroxysme
- Sus-ombilicale
- Par poussées
- Avec périodes de rémission
- Intense
- Transfixiante
- Provoquée par l'alimentation (graisse, alcool)
- Diminuée par la compression du creux épigastrique, par l'aspirine et par la position couchée en chien de fusil

8 Quel est le traitement médical d'une PC ?

- Suivi à vie
- Arrêt définitif de l'alcool et prévention du délirium tremens
- Antalgiques
- Régime hypercalorique hyperprotidique
- Supplémentation en extraits pancréatiques

9 Citer 5 complications chroniques non métaboliques de la PC.

- Cancer
- Épanchements des séreuses
- Hémorragies digestives
- Sténoses duodénales et du cholédoque
- Hypertension portale

Question n° 280

Reflux gastro-œsophagien

- ❖ Conduite à tenir fonction de l'âge et du caractère typique ou non des symptômes
- ❖ Endobrachyœsophage → adénocarcinome
- ❖ Adulte :
  - 45 ans
  - typique : pyrosis + régurgitation
  - FOGD
- ❖ Enfant :
  - symptômes typiques (régurgitation) ou pHmétrie œsophagienne
  - épaississement + traitement postural, mais pas de prokinétiques en première intention
- ❖ Règles hygiéno-diététiques

1 Décrire la physiopathologie du RGO.

....

2 Quels sont les symptômes typiques du RGO ?

....

3 En présence des symptômes typiques chez un sujet de moins de 45 ans, quels examens demander ?

....

4 Quel est le premier examen à faire en cas de suspicion de RGO ?

....

5 Citer les 4 stades de la classification de Savary et Miller.

....

6 Citer les différents types d'évolution des RGO.

....

7 Citer les 6 complications digestives des RGO.

....

8 Citer 2 examens utiles au diagnostic dans les cas difficiles.

....

9 Dans quels cas pratiquer ces examens ?

....

10 Donner les critères de positivité d'une pHmétrie.

....

11 Quelles sont les possibilités thérapeutiques d'un RGO en général ?

....

12 Citer les différents types de médicaments utilisables ?

....

13 Décrire le traitement chirurgical du RGO.

....

14 Quel est le risque de ce traitement ?

....

15 Quel est le diagnostic différentiel le plus fréquent de RGO ?

....

16 Citer les différents types de hernies hiatales.

....

17 Comment se manifestent les différents types de hernies hiatales ?

....

18 Quels examens complémentaires demander devant la suspicion de hernie hiatale ?

....

19 Citer les complications des hernies hiatales.

....

20 Quel est le traitement d'une hernie hiatale par roulement ?

....

21 Chez l'enfant, quelles sont les complications du reflux gastro-œsophagien ?

....

1 Décrire la physiopathologie du RGO.

- **Incontinence cardiale**
- **Relaxations profondes, non déclenchées par la déglutition, de durée prolongée du SIO (sphincter inférieur de l'œsophage)**

2 Quels sont les symptômes typiques du RGO ?

- **Pyrosis**
- **Régurgitations**
- **Postprandiales**
- **Posturales (antéflexion)**
- **Nocturnes**

3 En présence des symptômes typiques chez un sujet de moins de 45 ans, quels examens demander ?

- **Aucun**

4 Quel est le premier examen à faire en cas de suspicion de RGO ?

- **FOGD, recherche œsophagite**

5 Citer les 4 stades de la classification de Savary et Miller.

- **Stade 1 = érosions superficielles, isolées, non confluents**
- **Stade 2 = érosions confluentes, non circonférentielles**
- **Stade 3 = érosions confluentes, circonférentielles, mais sans sténose**
- **Stade 4 = lésions chroniques : ulcère profond, sténose**

6 Citer les différents types d'évolution des RGO.

- **Évolution chronique**
- **Complications digestives**
- **Complications ORL (bronchites, laryngites)**
- **Complications pulmonaires (asthme)**

7 Citer les 6 complications digestives des RGO.

- **Sténoses**
- **Endobrachyœsophage**
- **Ulcérations**
- **Perforation**

- **Hémorragies digestives**
- **Œsophagite**

8 Citer 2 examens utiles au diagnostic dans les cas difficiles.

- **pHmétrie des 24 heures**
- **Manométrie œsophagienne**

9 Dans quels cas pratiquer ces examens ?

- **pHmétrie = forte suspicion de RGO, mais FOGD normale**
- **Manométrie en préchirurgical**

10 Donner les critères de positivité d'une pHmétrie.

pH < 4 pendant > 4,2 % du temps

11 Quelles sont les possibilités thérapeutiques d'un RGO en général ?

- **Règles hygiéno-diététiques**
- **Traitement médical**
- **Traitement chirurgical**

12 Citer les différents types de médicaments utilisables ?

- **Anti-acides (alginates)**
- **Anti-sécrétoires**
- **Prokinétiques**

13 Décrire le traitement chirurgical du RGO.

- **Reconstituer une barrière anti-reflux**
- **Fundoplicature**
- **Intervention de Nissen**

14 Quel est le risque de ce traitement ?

- **Dysphagie persistante à distance (elle est classique en postopératoire immédiat)**

15 Quel est le diagnostic différentiel le plus fréquent de RGO ?

- **Achalasie du sphincter inférieur de l'œsophage (trouble moteur de l'œsophage)**
- **Il faut pratiquer une manométrie œsophagienne**

16 Citer les différents types de hernies hiatales.

- **Hernie hiatale par glissement (75 %)**
- **Hernie hiatale par roulement (20 %)**

- **Hernies mixtes (5 %)**

17 Comment se manifestent les différents types de hernies hiatales ?

- **Hernie par glissement = symptômes de RGO**
- **Hernie par roulement = compression des organes de voisinage :**
  - **douleur basithoracique**
  - **sensation de plénitude gastrique**
  - **toux**
  - **dyspnée**

18 Quels examens complémentaires demander devant la suspicion de hernie hiatale ?

- **Radio de thorax face et profil**
- **FOGD**
- **Transit baryté (plis gastriques intra-thoraciques)**

19 Citer les complications des hernies hiatales.

- **Celles du RGO**
- **Ulcère au niveau du collet de la hernie**
- **Hémorragie digestive**
- **Étranglement herniaire**

20 Quel est le traitement d'une hernie hiatale par roulement ?

- **Traitement chirurgical**
- **Réduction**
- **Gastropexie**

21 Chez l'enfant, quelles sont les complications du reflux gastro-œsophagien ?

- **Digestives (œsophagique et sténose teptique)**
- **ORL (bronchites à répétition)**
- **Malaise et mort subite du nourrisson**
- **Pulmonaires (infections bronchiques à répétition)**

Question
n° 290

Ulcère gastrique et duodénal. Gastrites

- Fréquent
- Potentiellement grave
- *Helicobacter Pylori*
- Risque de cancérisation sur un ulcère gastrique
- FOGD + biopsies multiples + anatomopathologie
- Règles hygiéno-diététiques (tabac, médicaments gastrotoxiques)

1 Quel est le terrain de l'ulcère duodénal (UD) ?

....

2 Quelle est la physiopathologie de l'UD ?

....

3 Quelle est la physiopathologie de l'ulcère gastrique (UG) ?

....

4 Citer 4 étiologies d'ulcère à rechercher.

....

5 Comment peut-on mettre en évidence la présence d'*helicobacter pylori* (HP) ?

....

6 Décrire l'évolution spontanée d'un UD.

....

7 Citer 3 complications digestives des ulcères.

....

8 Quel est le traitement d'un ulcère dû à HP ?

....

9 Quel examen doit-on faire à distance du traitement d'un UG ? Quand ? Pourquoi ?

....

10 Comment traiter les 3 complications des ulcères ?

....

11 Quelle est la place de la chirurgie dans le traitement des ulcères ?

....

12 Quel est le traitement chirurgical des UD ?

....

13 Quel est le traitement chirurgical des UG ?

....

14 Quel est le siège le plus fréquent des UD ? Des UG ?

....

15 Décrire une douleur ulcéreuse typique.

....

16 Quelle est la définition d'une gastrite ?

....

17 Quelles sont les causes de gastrite aiguë ?

....

18 Quelles sont les complications de la gastrectomie ?

....

19 Qu'évoquer devant la présence d'ulcères multiples de sièges atypiques (portion terminale du duodénum) ?

....

1 Quel est le terrain de l'ulcère duodénal (UD) ?

- **Homme de 20 à 50 ans**

2 Quelle est la physiopathologie de l'UD ?

- **Agression chlorhydropeptique de la muqueuse duodénale**
- **→ métaplasie gastrique**

3 Quelle est la physiopathologie de l'ulcère gastrique (UG) ?

- **Altération de la muqueuse gastrique**
  → gastrite chronique atrophiante

4 Citer 4 étiologies d'ulcère à rechercher.

- ***Helicobacter pylori***
- **AINS**
- **Médicaments gastrotoxiques**
- **Tabac**

5 Comment peut-on mettre en évidence la présence d'***helicobacter pylori*** (HP) ?

- **Méthodes directes sur biopsies antérales :**
  - **test à l'uréase = CLO-test**
  - **anatomopathologie**
  - **cultures**
- **Méthodes indirectes :**
  - **sérologies (IgG spécifiques anti-HP)**
  - **test respiratoire à l'urée marquée C13 = *breath test***

6 Décrire l'évolution spontanée d'un UD.

- **Tendance naturelle à la cicatrisation**
- **60 à 70 % de récidives à 1 an**

7 Citer 3 complications digestives des ulcères.

- **Hémorragie digestive**
- **Perforation digestive**
- **Sténose pyloro-duodénale**

8 Quel est le traitement d'un ulcère dû à HP ?

- **Arrêt des facteurs de risque (AINS, tabac)**

- **Éradication d'HP (7 jours) :**
  – anti-sécrétoire (IPP) double dose
  – bi-antibiothérapie (amoxicilline + clarythromycine)
- **Anti-sécrétoire (IPP) simple dose en traitement d'entretien :**
  3 semaines si UD
  5 semaines si UG

9 Quel examen doit-on faire à distance du traitement d'un UG ? Quand ? Pourquoi ?

- **FOGD + biopsies**
- **À 2 mois**
- **Risque de cancer de l'estomac**

10 Comment traiter les 3 complications des ulcères ?

- **Hémorragie = traitement endoscopique (sclérose à l'adrénaline) + IPP**
- **Perforation = méthode de Taylor ou chirurgie**
- **Sténose = traitement médical + dilatation (par ballonnet ou chirurgie)**

11 Quelle est la place de la chirurgie dans le traitement des ulcères ?

- **Résistance au traitement médical**
- **Multiples complications**

12 Quel est le traitement chirurgical des UD ?

- **Vagotomie + antérectomie**

13 Quel est le traitement chirurgical des UG ?

- **Gastrectomie des 2/3**

14 Quel est le siège le plus fréquent des UD ? Des UG ?

- **UD = bulbe**
- **UG = petite courbure**

15 Décrire une douleur ulcéreuse typique.

- **Douleur épigastrique**
- **À type de crampes**
- **Rythmée par les repas**
- **Sans irradiations**
- **Calmée par les anti-acides et par les aliments**

16 Quelle est la définition d'une gastrite ?

- **Anatomopathologique = inflammation de la muqueuse gastrique**

17 Quelles sont les causes de gastrite aiguë ?

- **Alcool**
- **Médicaments gastro-toxiques**
- **Primo-infection à HP**
- **Ingestion de caustiques**

18 Quelles sont les complications de la gastrectomie ?

- **Syndrome de classe : douleurs épigastriques et troubles vasomoteurs**
- **Syndrome du petit estomac**
- **Syndrome de l'anse afférente = douleur de l'hypochondre droit**
- ***Dumping syndrom***
- **Hypoglycémie postprandiale**

19 Qu'évoquer devant la présence d'ulcères multiples de sièges atypiques (portion terminale du duodénum) ?

- **Gastrimone = syndrome de Zollinger-Ellison**
- **Tumeur du pancréas endocrine**

Question n° 300

Constipation

- ❖ Cause de syndrome occlusif = TR
- ❖ Récente : penser cancer colorectal
- ❖ Fécalome : très fréquent (sujets âgés)
- ❖ Causes extradigestives MÉDICAMENTEUSES +++

1 Quels sont les 2 mécanismes de constipation ?

....

2 Quelle est la définition d'une constipation ?

....

3 Quelles sont les complications de la constipation ?

....

4 Citer les 2 causes les plus fréquentes de constipation.

....

5 Quel diagnostic évoquer devant l'apparition d'une constipation et de vomissements chez un garçon d'un mois sans antécédents ?

....

6 Quelle est la cause la plus fréquente de douleurs abdominales chez l'enfant ?

....

7 Définir le terme anisme.

....

8 Citer 6 causes médicamenteuses de constipation.

....

9 Quels sont les 3 grands appareils à explorer devant une constipation ?

....

10 Décrire les différents temps de l'examen proctologique.

....

11 Quel est l'examen complémentaire biologique systématique devant une constipation de cause non évidente chez un sujet de plus de 50 ans ?

....

12 Quel est l'examen complémentaire d'imagerie systématique devant une constipation de cause non évidente chez un sujet de plus de 50 ans ?

....

13 Quels examens à visée digestive peut-on pratiquer en deuxième intention ?

....

14 La dysautonomie est une cause de constipation. Quelles sont les principales étiologies de dysautonomie ?

....

15 Citer les principes du traitement de la constipation.

....

16 Quand et comment recourir aux laxatifs irritants ?

....

17 Citer un traitement de la dyschésie rectale.

....

1 Quels sont les 2 mécanismes de constipation ?

- **De transit = perturbation de l'activité propulsive**
- **Terminale = dyschésie rectale = perturbation de l'évacuation des selles**

2 Quelle est la définition d'une constipation ?

- **Moins de 3 selles par semaine**

3 Quelles sont les complications de la constipation ?

- **Hémorroïdes**
- **Fissures anales**
- **Incontinence anale**
- **Encoprésie**
- **Abus de laxatifs**

4 Citer les 2 causes les plus fréquentes de constipation.

- **Insuffisance d'apport en fibres alimentaires**
- **Anisme**

5 Quel diagnostic évoquer devant l'apparition d'une constipation et de vomissements chez un garçon d'un mois sans antécédents ?

- **Sténose hypertrophique du pylore**

6 Quelle est la cause la plus fréquente de douleurs abdominales chez l'enfant ?

- **Constipation**

7 Définir le terme anisme.

- **Dyssynergie recto-sphinctérienne**
- **Contraction paradoxale de l'anus et du sphincter externe lors de la défécation entraînant la constipation**

8 Citer 6 causes médicamenteuses de constipation.

- **Opiacés**
- **Barbituriques**
- **Sels de fer**
- **Neuroleptiques**

- **Anti-dépresseurs**
- **Autres anti-cholinergiques**

9 Quels sont les 3 grands appareils à explorer devant une constipation ?

- **Digestif**
- **Endocrinien**
- **Neurologique**

10 Décrire les différents temps de l'examen proctologique.

- **Inspection de la marge anale**
- **Examen en poussée**
- **TR**
- **Anuscopie**
- **Rectoscopie**

11 Quel est l'examen complémentaire biologique systématique devant une constipation de cause non évidente chez un sujet de plus de 50 ans ?

- **TSH**

12 Quel est l'examen complémentaire d'imagerie systématique devant une constipation de cause non évidente chez un sujet de plus de 50 ans ?

- **Coloscopie**

13 Quels examens à visée digestive peut-on pratiquer en deuxième intention ?

- **Temps de transit colique**
- **Manométrie anorectale**

14 La dysautonomie est une cause de constipation. Quelles sont les principales étiologies de dysautonomie ?

- **Diabète**
- **Amylose**
- **Syndromes paranéoplasiques**
- **Tétanos**
- **Polyradiculonévrite aiguë**
- **Syndrome d'immobilisation (sujets âgés)**

15 Citer les principes du traitement de la constipation.

- **Hygiène défécatoire :**
  – présentation sans retard à la selle
  – activité physique
  – adaptation des traitements
- **Augmentation du volume du contenu colique :**
  – fibres alimentaires
  – huile de paraffine
  Pour stimuler la motricité du colon

16 Quand et comment recourir aux laxatifs irritants ?

- **Dose minimum**
- **Durée limitée (< 1 mois)**

17 Citer un traitement de la dyschésie rectale.

- **Microlavements**
- **Suppositoires à la glycérine**

Question n° 302

Diarrhées aiguës

- Éliminer une cause chirurgicale
- Éliminer une cause infectieuse sévère
- Pourcentage de perte de POIDS chez le nourrisson
- Signes de gravité = retentissement sur l'état général
- Entéro-invasif = dysentérique
- Entérotoxinique = cholériforme
- Antibiothérapie NON systématique
- Toxi-infection alimentaire collective
- Retour de voyage en pays tropical

1 Définir un syndrome dysentérique.

....

2 Définir un syndrome cholériforme.

....

3 Quels sont les 4 signes de gravité à rechercher devant toute diarrhée ?

....

4 Quelles sont les 4 grandes causes de diarrhée aiguës ?

....

5 Quelle est la cause la plus fréquente de turista ?

....

6 Donner les signes cliniques d'une colite pseudo-membraneuse.

....

7 Quels examens complémentaires pratiquez-vous devant la suspicion de colite pseudo-membraneuse ?

....

8 Donner la définition d'une toxi-infection alimentaire collective. Quel sont les 2 agents les plus fréquents ?

....

9 Quelles sont les causes spécifiques de diarrhée chez un patient VIH+ ?

....

10 Quelles sont les indications de la coproculture en cas de diarrhée ?

....

11 Quelles questions permettent l'orientation diagnostique devant une diarrhée ?

....

12 Quel agent infectieux doit toujours être évoqué devant une diarrhée fébrile chez un patient rentrant d'un pays tropical ?

....

13 Que vous évoque l'association diarrhée aiguë et insuffisance rénale aiguë fonctionnelle ?

....

14 Que vous évoque l'association diarrhée aiguë et insuffisance rénale aiguë organique ?

....

15 Quel est le traitement de base d'une diarrhée aiguë ?

....

16 Quand doit-on donner des antibiotiques en cas de diarrhée ?

....

17 Citer les 2 examens complémentaires à pratiquer en première intention devant une diarrhée aiguë de plus de 72 heures.

....

18 Quels sont les principaux parasites responsables de diarrhées aiguës ?

....

19 Quel est l'agent le plus fréquent responsable de diarrhée aiguë chez l'enfant ?

....

1 Définir un syndrome dysentérique.

- **Selles modérément abondantes**
- **Contenant glaires, pus, sang**
- **Associé à de la fièvre, des douleurs abdominales, des épreintes et des ténesmes**

  = processus INVASIF

2 Définir un syndrome cholériforme.

- **Selles fréquentes abondantes liquidiennes**
- **Sans glaires, pus ni sang**
- **Sans fièvre**

  = processus TOXINIQUE

3 Quels sont les 4 signes de gravité à rechercher devant toute diarrhée ?

- **Signes infectieux sévères (choc septique)**
- **Déshydratation sévère, pouvant entraîner des troubles de la conscience (ATTENTION aux hématomes cérébraux chez le nourrisson et chez le vieillard)**
- **Abdomen chirurgical**
- **Terrain à risque (VIH, valvulopathie...)**

4 Quelles sont les 4 grandes causes de diarrhée aiguës ?

- **Indigestion, allergie**
- **Médicaments (imputabilité intrinsèque et extrinsèque)**
- **Infections intestinales**
- **Maladies inflammatoires intestinales (MICI)**

5 Quelle est la cause la plus fréquente de turista ?

- ***Escherichia coli* entéro-toxinogène (ECET)**

6 Donner les signes cliniques d'une colite pseudo-membraneuse.

- **Diarrhée abondante**
- **Verdâtre**
- **Contenant des fausses membranes**
- **AEG**
- **Fièvre**
- **Douleurs abdominales**

7 Quels examens complémentaires pratiquez-vous devant la suspicion de colite pseudo-membraneuse ?

- **Coloscopie + biopsies + prélèvement des fausses membranes pour cultures de fausses membranes**
- **Coproculture**
- **Recherche de toxine A dans les selles (ELISA)**

8 Donner la définition d'une toxi-infection alimentaire collective. Quel en est l'agent le plus fréquent ?

- **Existence d'au moins 2 cas groupés et similaires d'une même symptomatologie digestive dont on peut rapporter la cause à un même aliment**
- **Salmonellose non typhique, staphylocoque doré**

9 Quelles sont les causes spécifiques de diarrhée chez un patient VIH+ ?

- **Colite à CMV**
- **Cryptosporidiose**
- **Microsporidiose**
- **Protozoose**
- ***Isospora Belli***
- **Médicaments**

10 Quelles sont les indications de la coproculture en cas de diarrhée ?

- **Syndrome dysentérique**
- **Diarrhée de plus de 72 heures**
- **Diarrhée profuse avec altération de l'état général**

11 Quelles questions permettent l'orientation diagnostique devant une diarrhée ?

- **Prise de médicaments, d'antibiotiques**
- **Voyage en pays étranger**
- **Enquête alimentaire**
- **Terrain immunodéprimé**

12 Quel agent infectieux doit toujours être évoqué devant une diarrhée fébrile chez un patient rentrant d'un pays tropical ?

- **Paludisme**

13 Que vous évoque l'association diarrhée aiguë et insuffisance rénale aiguë fonctionnelle ?

- **Conséquence de la diarrhée par adaptation du rein**

14 Que vous évoque l'association diarrhée aiguë et insuffisance rénale aiguë organique ?

- **Syndrome hémolytique et urémique**

15 Quel est le traitement de base d'une diarrhée aiguë ?

- **Rééquilibration hydro-électrolytique**
- **Ralentisseur du transit si pas de syndrome dysentérique**
- **Anti-sécrétoire si syndrome dysentérique**

16 Quand doit-on donner des antibiotiques en cas de diarrhée ?

- **Diarrhée invasive**
- **Terrain fragile**
- **Diarrhée de plus de 72 heures**

17 Citer les 2 examens complémentaires à pratiquer en première intention devant une diarrhée aiguë de plus de 72 heures.

- **Examen parasitologique des selles**
- **Rectosigmoïdoscopie**

18 Quels sont les principaux parasites responsables de diarrhées aiguës ?

- **Amibiase (*entamoeba histolytica*)**
- ***Giardia lamblia***
- **Cryptsporidie**
- ***Isospora Belli***
- **Ankylostomose**

19 Quel est l'agent le plus fréquent responsable de diarrhée aiguë chez l'enfant ?

- **Virus : rotavirus**

Question n° 303

Diarrhée chronique

- **Interrogatoire +++**
- **Contexte +++**
- **Caractères de la diarrhée**
- **Retentissement = dénutrition**
- **Colopathie fonctionnelle = 80 % des diarrhées chroniques**
- **Malabsorption = carences (vitamines A, D, E, K)**

1 Quelle est la cause la plus fréquente de diarrhée chronique ?

....

2 Quels sont les 5 grands mécanismes de diarrhée chronique ?

....

3 Dire quelle partie du tube digestif est explorée par les 3 tests suivants = D xylose, Schilling, Stéatorrhée.

....

4 Décrire un test au rouge carmin (avec les valeurs normales).

....

5 À quoi sert le dosage de l'élastase fécale ?

....

6 Que signe une positivité du test respiratoire au glucose ?

....

7 Citer les 4 maladies qui sont la cause de 90 % des diarrhées chroniques par malabsorption.

....

8 Quelle est l'anatomopathologie de la maladie cœliaque ?

....

9 Quelles sont les 2 maladies que vous évoque l'association diarrhée chronique + tachycardie + amaigrissement avec appétit conservé ?

....

10 Quel est le risque de la maladie cœliaque à long terme ?

....

11 Que comprend un syndrome carentiel ?

....

12 Quel examen des selles à la recherche de germes est le plus contributif devant une diarrhée chronique ?

....

13 Quels sont les 3 critères qui définissent la maladie cœliaque ?

....

14 Quelle maladie vous évoque l'association diarrhée chronique + polyarthralgies + érythème + AEG ?

....

15 Quel examen demander pour la recherche de fuite de protéines digestives ?

....

16 Quel est le bilan minimum devant une diarrhée chronique sans signes d'orientation ?

....

17 Quelles sont les causes de diarrhée chronique chez un patient VIH+ ?

....

18 Quelles sont les principales causes de diarrhée motrice ?

....

1 Quelle est la cause la plus fréquente de diarrhée chronique ?

- **Colopathie fonctionnelle**

2 Quels sont les 5 grands mécanismes de diarrhée chronique ?

- **Malabsorption**
- **Motrice**
- **Osmotique**
- **Sécrétoire**
- **Exsudative**

3 Dire quelle partie du tube digestif est explorée par les 3 tests suivants = D xylose, Schilling, Stéatorrhée.

- **D xylose = jéjunum proximal**
- **Schilling = estomac et iléon terminal**
- **Stéatorrhée = pancréas, foie et iléon terminal**

4 Décrire un test au rouge carmin (avec les valeurs normales).

- **À pratiquer en cas de suspicion de diarrhée motrice**
- **Ingestion de capsules de rouge carmin**
- **On note le délai d'apparition de la première selle rouge et de la dernière selle rouge**
- **En cas de diarrhée motrice, la première est émise avant 6 heures (normale = 18 à 24 heures) et la dernière avant 24 heures (normale = 24 à 72 heures)**

5 À quoi sert le dosage de l'élastase fécale ?

- **Rechercher une insuffisance pancréatique exocrine**

6 Que signe une positivité du test respiratoire au glucose ?

- **Présence de bactéries dans l'intestin grêle**

7 Citer les 4 maladies qui sont la cause de 90 % des diarrhées chroniques par malabsorption.

- **Maladie cœliaque**
- **Maladie de Crohn**
- **Lymphome du grêle**
- **Tuberculose digestive**

8 Quelle est l'anatomopathologie de la maladie cœliaque ?

- **Atrophie villositaire**
- **Augmentation des lymphocytes intra-épithéliaux**
- **Hyperplasie des cryptes**
- **Augmentation des plasmocytes et des polynucléaires éosinophiles dans le chorion**

9 Quelles sont les 2 maladies que vous évoque l'association diarrhée chronique + tachycardie + amaigrissement avec appétit conservé ?

- **Hyperthyroïdie**
- **Diabète**

10 Quel est le risque de la maladie cœliaque à long terme ?

- **Augmentation de la fréquence des lymphomes T**

11 Que comprend un syndrome carentiel ?

- **Anémie = pâleur, tachycardie, asthénie**
- **Carence martiale = chute des cheveux**
- **Hypo-albuminémie = œdèmes**
- **Carence en vitamine K = hémorragies**
- **Carence en vitamine D = douleurs osseuses, hypocalcémie**

12 Quel examen des selles à la recherche de germes est le plus contributif devant une diarrhée chronique ?

- **Examen parasitologique des selles**

13 Quels sont les 3 critères qui définissent la maladie cœliaque ?

- **Syndrome de malabsorption global**
- **Atrophie villositaire totale (biopsie)**
- **Régression des signes sous régime sans gluten**

14 Quelle maladie vous évoque l'association diarrhée chronique + polyarthralgies + érythème + AEG ?

- **Maladie de Whipple**

15 Quel examen demander pour la recherche de fuite de protéines digestives ?

- **Clairance de l'alpha 1 anti-trypsine**

16 Quel est le bilan minimum devant une diarrhée chronique sans signes d'orientation ?

- **Biologie = NFS, VS, TSH, TP, calcémie, glycémie, EPP, iono sang, protidémie**
- **Morphologie = coloscopie**
- **Selles = EPS, fécalogramme**

17 Quelles sont les causes de diarrhée chronique chez un patient VIH+ ?

- **VIH lui-même**
- **Infections bactériennes (salmonelle)**
- **Infections virales (CMV, HSV, adénovirus)**
- **Infections parasitaires (cryptosporidiose, microsporidiose, *Entamoeba Histolytica, Isospora Belli, Giardia*)**
- **Lymphome digestif**
- **Colite inflammatoire**
- **Kaposi digestif**

18 Quelles sont les principales causes de diarrhée motrice ?

- **Alcool**
- **Métabolique = carcinome médullaire de la thyroïde, hyperthyroïdie, syndrome carcinoïde**
- **Neurologique = diabète, dysantonomie**
- **Gastrectomie, résection colique**

Question n° 345

Vomissements

- Interrogatoire
- Penser aux intoxications (CO, médicaments...)
- Classer +++ = causes chirurgicales/médicales
- Craindre la méningite chez le nourrisson

1 Comment apprécier le retentissement des vomissements chez un nourrisson en aigu ? en chronique ?

....

2 Citer les 3 causes les plus fréquentes/graves de vomissements aigus chez un nourrisson fébrile.

....

3 Quelles sont les causes de vomissement dans un syndrome de Silverman ?

....

4 Quel est le traitement d'une allergie aux protéines de lait de vache ?

....

5 Quel est le signe clinique du RGO de l'enfant ? En l'absence de ce signe, quel examen pratiquer ? Quel est le traitement de première intention ?

....

6 Quelles sont les urgences médicales qui entraînent des vomissements chez le nourrisson ?

....

7 Quel est le bilan biologique minimum devant des vomissements aigus chez l'adulte ? Pourquoi ?

....

8 Quel est le bilan morphologique minimum devant des vomissements aigus chez l'adulte ? Pourquoi ?

....

9 Quel est le signe pathognomonique de la sténose du pylore ?

....

10 Décrire les vomissements de la sténose du pylore.

....

11 Citer 3 examens biologiques importants en cas de vomissements chroniques chez l'adulte.

....

12 Quelle pathologie oculaire s'accompagne fréquemment de vomissements ?

....

13 Citer 2 complications fréquentes des vomissements en général.

....

14 Quel diagnostic d'élimination (donc à porter en dernier) devant une femme jeune présentant des vomissements ?

....

15 Qu'évoquer devant un syndrome extrapyramidal apparaissant chez un patient vomissant depuis quelques jours ?

....

16 Quelle est la cause neurologique la plus fréquente de vomissements ?

....

17 Que devez-vous évoquer devant l'association vomissements et dyschromatopsie ?

....

1 Comment apprécier le retentissement des vomissements chez un nourrisson en aigu ? en chronique ?

- **En aigu = hydratation = poids**
- **En chronique = état nutritionnel = courbe staturopondérale**

2 Citer les 3 causes les plus fréquentes/graves de vomissements aigus chez un nourrisson fébrile.

- **Gastro-entérite aiguë**
- **Otite moyenne aiguë**
- **Méningite bactérienne**

3 Quelles sont les causes de vomissement dans un syndrome de Silverman ?

- **Hématome sous-dural aigu, chronique**
- **Intoxication médicamenteuse**
- **Toxiques**

4 Quel est le traitement d'une allergie aux protéines de lait de vache ?

- **Hydrolysats de protéines de lait de vache**
- **Exclusion des protéines de lait de vache et du soja**
- **Retarder la diversification alimentaire (6e mois)**
- **Suppléments calciques**
- **Durée = 12 à 18 mois**
- **Éducation des parents**

5 Quel est le signe clinique du RGO de l'enfant ? En l'absence de ce signe, quel examen pratiquer ? Quel est le traitement de première intention ?

- **Régurgitation**
- **pHmétrie**
- **Épaississement des biberons + traitement postural**

6 Quelles sont les urgences médicales qui entraînent des vomissements chez le nourrisson ?

- **Problèmes métaboliques**
- **Infections bactériennes**

- **Hématome sous-dural**
- **Troubles hémodynamiques**

7 Quel est le bilan biologique minimum devant des vomissements aigus chez l'adulte ? Pourquoi ?

- **NFS, CRP = infection**
- **BHC = hépatite aiguë**
- **Amylase, lipase = pancréatite aiguë**
- **Glycémie = diabète**
- **Calcémie = hypercalcémie**
- **Toxiques = alcool, médicaments...**
- **HbCO = intoxication CO**

8 Quel est le bilan morphologique minimum devant des vomissements aigus chez l'adulte ? Pourquoi ?

- **ASP = occlusion, pneumopéritoine**
- **Échographie abdominale = foie, voies biliaires, pancréas, dilatation des cavités pyélocalicielles**
- **FOGD**
- **TDM cérébral**

9 Quel est le signe pathognomonique de la sténose du pylore ?

- **Olive pylorique (inconstante)**

10 Décrire les vomissements de la sténose du pylore.

- **Alimentaires**
- **Postprandiaux**
- **En jet**
- **Non bilieux**
- **Survenant après un intervalle libre de 3 à 6 semaines**

11 Citer 3 examens biologiques importants en cas de vomissements chroniques chez l'adulte.

- **Glycémie**
- **Calcémie**
- **Béta HCG**

12 Quelle pathologie oculaire s'accompagne fréquemment de vomissements ?

- **Glaucome aigu par fermeture de l'angle iridocornéen**

13 Citer 2 complications fréquentes des vomissements en général.

- **Inhalation = syndrome de Mendelhson (sujet âgé, troubles de la conscience)**
- **Syndrome de Mallory-Weiss = vomissements hémorragiques**

14 Quel diagnostic d'élimination (donc à porter en dernier) devant une femme jeune présentant des vomissements ?

- **Psychogène = anorexie mentale et/ou boulimie**

15 Qu'évoquer devant un syndrome extra-pyramidal apparaissant chez un patient vomissant depuis quelques jours ?

- **Prescription d'antiémétiques contenant des neuroleptiques cachés (primpéran, dompéridone)**

16 Quelle est la cause neurologique la plus fréquente de vomissements ?

- **Migraine**

17 Que devez-vous évoquer devant l'association vomissements et dyschromatopsie ?

- **Intoxication aux digitaliques**

Question
n° 201

Traumatismes abdominaux

- Gravité = coma = Glasgow
- Polytraumatisme ? = échographie abdominale + radio thorax + radio bassin
- Épanchement abdominal
- Signes de choc
- Signes d'irritation péritonéale
- Organes pleins = fracture, rupture de rate
- Organes creux = perforation

1 Quels sont les 2 types de traumatismes abdominaux ?

....

2 Devant une plaie abdominale, quels sont les 2 gestes à faire ?

....

3 Quel est le traitement de première intention devant une plaie pénétrante ?

....

4 Devant une contusion abdominale, que rechercher en premier ? Pourquoi ?

....

5 Si cette recherche est négative, quelles sont les 2 situations de gravité à rechercher ?

....

6 Que faire devant un épanchement liquidien abdominal échographique et des organes pleins normaux ?

....

7 Quels sont les 3 cas qui imposent une chirurgie en urgence ?

....

8 Citer les 5 critères d'inclusion dans un traitement non opératoire.

....

9 Quels sont les 2 organes pleins les plus touchés dans une contusion abdominale ?

....

1 Quels sont les 2 types de traumatismes abdominaux ?

- **Plaie**
- **Contusion**

2 Devant une plaie abdominale, quels sont les 2 gestes à faire ?

- **Examen de la plaie au gant**
- **SAT-VAT**

3 Quel est le traitement de première intention devant une plaie pénétrante ?

- **Laparotomie systématique**

4 Devant une contusion abdominale, que rechercher en premier ? Pourquoi ?

- **Un état de choc**
- **Si présent → laparotomie en urgence**

5 Si cette recherche est négative, quelles sont les 2 situations de gravité à rechercher ?

- **Hémopéritoine**
- **Pneumopéritoine**

6 Que faire devant un épanchement liquidien abdominal échographique et des organes pleins normaux ?

- **Laparotomie à la recherche d'une lésion d'organe creux pouvant entraîner un épanchement liquidien**

7 Quels sont les 3 cas qui imposent une chirurgie en urgence ?

- **Plaie pénétrante**
- **Péritonite**
- **Choc hémorragique**

8 Citer les 5 critères d'inclusion dans un traitement non opératoire.

- **Stabilité hémodynamique**
- **Absence de péritonite**
- **Absence d'autre lésion nécessitant une laparotomie**

- **TDM abdominal fait n'objectivant pas de lésion d'organe plein**
- **Transfusion de moins de 4 culots globulaires**

9 Quels sont les 2 organes pleins les plus touchés dans une contusion abdominale ?

- **Rate**
- **Foie**

Question n° 217

Syndrome occlusif (SO)

- **Strangulation (S) = urgence**
- **Obstruction (O)**
- **Cicatrice**
- **Toucher rectal (TR)**
- **Orifices herniaires**
- **Abdomen sans préparation (ASP)**

1 Quels sont les 4 signes cliniques cardinaux du SO ?

....

2 Comment faire la différence clinique entre une occlusion du grêle et du colon ?

....

3 Décrire l'ASP d'une occlusion intestinale aiguë (OIA) du grêle.

....

4 Décrire l'ASP d'une OIA du colon.

....

5 Comment faire la différence clinique entre une OIA par obstruction et par strangulation ?

....

6 Citer 2 causes d'OIA du grêle par obstruction.

....

7 Citer 3 causes d'OIA du grêle par strangulation.

....

8 Citer 1 cause classique d'OIA du colon par strangulation.

....

9 Citer 2 causes d'OIA du colon par obstruction.

....

10 Décrire l'ASP de l'iléus biliaire.

....

11 Décrire l'ASP du volvulus du sigmoïde.

....

12 Comment confirmer un volvulus du sigmoïde.

....

13 Quel est le traitement du volvulus du sigmoïde en première intention ?

....

14 Quelle est la place de la chirurgie dans le traitement du volvulus du sigmoïde ?

....

15 Décrire les différents temps du traitement chirurgical d'une OIA du grêle sur bride (par strangulation).

....

16 Quelle cause d'occlusion évoquer chez un enfant d'un an avec douleurs abdominales paroxystiques ? Quel examen demander à visée diagnostique et éventuellement thérapeutique ?

....

17 Quel diagnostic évoquer devant un météorisme abdominal chez un sujet âgé alité ?

....

18 Quelles sont les principales pathologies associées au syndrome d'Ogilvie ?

....

1 Quels sont les 4 signes cliniques cardinaux du SO ?

- **Nausées, vomissements**
- **Douleurs abdominales**
- **Arrêt des matières et des gaz (AMG)**
- **Météorisme abdominal**

2 Comment faire la différence clinique entre une occlusion du grêle et du colon ?

- **Grêle = vomissements précoces, arrêt des matières et des gaz tardifs**
- **Colon = vomissements tardifs, arrêt des matières et des gaz précoces**

3 Décrire l'ASP d'une occlusion intestinale aiguë (OIA) du grêle.

- **Niveaux hydro-aériques :**
  - **petits**
  - **nombreux**
  - **centraux**
  - **plus larges que hauts**

4 Décrire l'ASP d'une OIA du colon.

- **Niveaux hydro-aériques :**
  - **grands**
  - **peu nombreux**
  - **périphériques**
  - **plus hauts que larges**

5 Comment faire la différence clinique entre une OIA par obstruction et par strangulation ?

- **Obstruction :**
  - **début progressif**
  - **douleur abdominale de régression spontanée**
  - **météorisme avec ondulations péristaltiques**
  - **bruits hydro-aériques à l'auscultation**
- **Strangulation :**
  - **début brutal**
  - **douleurs abdominales violentes**

- météorisme asymétrique, immobile
- silence auscultatoire

6 Citer 2 causes d'OIA du grêle par obstruction.

- **Iléus biliaire**
- **Tumeur du grêle**

7 Citer 3 causes d'OIA du grêle par strangulation.

- **Brides postopératoires**
- **Hernie étranglée**
- **Éventration étranglée**

8 Citer 1 cause classique d'OIA du colon par strangulation.

- **Volvulus du sigmoïde**

9 Citer 2 causes d'OIA du colon par obstruction.

- **Cancer du colon**
- **Complication de diverticules sigmoïdiens**

10 Décrire l'ASP de l'iléus biliaire.

- **Aérobilie**
- **Calcification dans la FID**
- **Signes d'occlusion du grêle**

11 Décrire l'ASP du volvulus du sigmoïde.

- **Bulle oblique = FIG à HCD couché**
  U renversé debout = arceau à 2 jambages avec 1 niveau hydro-aérique dans chaque jambage
- **Représente une anse sigmoïdienne dilatée**

12 Comment confirmer un volvulus du sigmoïde.

- **Lavement aux hydrosolubles**
- **Arrêt du produit de contraste en bec d'oiseau**

13 Quel est le traitement du volvulus du sigmoïde en première intention ?

- **Détorsion de l'anse sigmoïdienne**
- **Par montée de sonde rectale (tube de Faucher)**
- **En urgence**

14 Quelle est la place de la chirurgie dans le traitement du volvulus du sigmoïde ?

- **En urgence :**
  - **contre-indication de la détorsion (signes péritonéaux)**
  - **échec de la détorsion**
- **À distance = prévention des récidives (surtout sur dolichocolon)**

15 Décrire les différents temps du traitement chirurgical d'une OIA du grêle sur bride (par strangulation).

- **Laparotomie exploratrice**
- **Bilan des lésions**
- **Recherche et section de la bride**
- **Apprécier la vitalité du grêle**
- **(+/– résection-anastomose-envoi en anapathologie, si vitalité douteuse)**

16 Quelle cause d'occlusion évoquer chez un enfant d'un an avec douleurs abdominales paroxystiques ? Quel examen demander à visée diagnostique et éventuellement thérapeutique ?

- **Invagination intestinale aiguë**
- **Lavement opaque**

17 Quel diagnostic évoquer devant un météorisme abdominal chez un sujet âgé alité ?

- **Fécalome**

18 Quelles sont les principales pathologies associées au syndrome d'Ogilvie ?

- **Pseudo-occlusion colique fonctionnelle**
- **Sepsis et choc septique**
- **Médicaments, alcool**
- **Troubles métaboliques**
- **Postopératoire**
- **Post-partum**

Question
n° 224

Appendicite aiguë

- ❖ Toujours y penser, quel que soit l'âge
- ❖ Tableau très trompeur
- ❖ Peut exister chez le sujet âgé
- ❖ Différentes localisations +++ (FID la plus fréquente)
- ❖ Si compliquée = risque de PÉRITONITE
- ❖ TOUCHER RECTAL +++
- ❖ Diagnostic différentiel = adénolymphite mésentérique
- ❖ Anatomopathologie et bactériologie sur la pièce d'appendicectomie

1 Quelle en est la localisation la plus fréquente ?

....

2 Quelle est la triade clinico-biologique du diagnostic positif ?

....

3 Quels gestes sont systématiques devant un tableau d'appendicite aiguë ?

....

4 Devant un syndrome occlusif, quelle localisation d'appendice évoquer, quel est le diagnostic différentiel et quel examen complémentaire demander ?

....

5 Devant un psoïtis associé à une douleur du flanc droit, quelle localisation d'appendice évoquer, quel est le diagnostic différentiel et quel examen complémentaire demander ?

....

6 Devant une dysurie associée à des brûlures urinaires, quelle localisation d'appendice évoquer, quel est le diagnostic différentiel et quel examen complémentaire demander ?

....

7 Devant une douleur de l'hypochondre droit, quelle localisation d'appendice évoquer, quel est le diagnostic différentiel et quel examen complémentaire demander ?

....

8 Citer 5 complications d'une appendicite aiguë.

....

9 Quel est le traitement d'une appendicite non compliquée ?

....

10 Quel est le traitement d'une appendicite compliquée d'abcès ?

....

11 Citer 5 complications abdominales postopératoires d'une appendicite.

....

12 Quelle est la complication postopératoire la plus fréquente d'une appendicite aiguë non compliquée ?

....

13 Quel est le diagnostique différentiel le plus fréquent ?

....

14 Citer 3 complications tardives d'une appendicite aiguë.

....

15 Devant des douleurs abdominales brutales sans fièvre chez un garçon de 16 ans, opéré 4 ans auparavant d'une appendicite aiguë par laparotomie, quelles sont vos 2 premières hypothèses ?

....

16 Quelles sont les 3 causes les plus fréquentes de douleurs en fosse iliaque droite chez la femme enceinte ?

....

1 Quelle en est la localisation la plus fréquente ?

- **Iliaque**

2 Quelle est la triade clinico-biologique du diagnostic positif ?

- **Douleur et défense en FID**
- **Fièvre à 38,5 °C**
- **Leucocytes > 10 000/mm^3**

3 Quels gestes sont systématiques devant un tableau d'appendicite aiguë ?

- **Palpation abdominale**
- **Examen des orifices herniaires**
- **Touchers pelviens**
- **Examen des testicules**

4 Devant un syndrome occlusif, quelle localisation d'appendice évoquer, quel est le diagnostic différentiel et quel examen complémentaire demander ?

- **Mésocœliaque**
- **Occlusion du grêle (iléon)**
- **ASP**

5 Devant un psoïtis associé à une douleur du flanc droit, quelle localisation d'appendice évoquer, quel est le diagnostic différentiel et quel examen complémentaire demander ?

- **Rétrocæcale**
- **Pyélonéphrite aiguë**
- **Bandelette urinaire**

6 Devant une dysurie associée à des brûlures urinaires, quelle localisation d'appendice évoquer, quel est le diagnostic différentiel et quel examen complémentaire demander ?

- **Pelvienne**
- **Infection gynécologique (salpingite)**
- **Échographie pelvienne**

7 Devant une douleur de l'hypochondre droit, quelle localisation d'appendice évoquer, quel est le diagnostic différentiel et quel examen complémentaire demander ?

- **Sous-hépatique**
- **Cholécystite aiguë**
- **Échographie abdominale**

8 Citer 5 complications d'une appendicite aiguë.

- **Plastron appendiculaire**
- **Péritonite localisée**
- **Péritonite généralisée**
- **Abcès appendiculaire**
- **Appendicite toxique**

9 Quel est le traitement d'une appendicite non compliquée ?

- **Urgence chirurgicale**
- **Exploration**
- **Bilan des lésions**
- **Prélèvements bactériologiques**
- **Appendicectomie**
- **Pièce en anapathologie**
- **Toilette péritonéale**
- **Antibiothérapie**
- **Antalgiques**
- **+/– drainage local**

10 Quel est le traitement d'une appendicite compliquée d'abcès ?

- **Drainage de l'abcès**
- **Appendicectomie à 2 mois**

11 Citer 5 complications abdominales postopératoires d'une appendicite.

- **Occlusion**
- **Péritonite**
- **Abcès**
- **Fistule du grêle**
- **Hémorragie**

12 Quelle est la complication postopératoire la plus fréquente d'une appendicite aiguë non compliquée ?

- **Abcès de paroi**

13 Quel est le diagnostique différentiel le plus fréquent ?

- **Adénolymphite mésentérique**

14 Citer 3 complications tardives d'une appendicite aiguë.

- **Occlusion sur bride**
- **Stérilité**
- **Éventration**

15 Devant des douleurs abdominales brutales sans fièvre chez un garçon de 16 ans, opéré 4 ans auparavant d'une appendicite aiguë par laparotomie, quelles sont vos 2 premières hypothèses ?

- **Occlusion du grêle sur bride**
- **Torsion de testicule**

16 Quelles sont les 3 causes les plus fréquentes de douleurs en fosse iliaque droite chez la femme enceinte ?

- **Appendicite aiguë**
- **Grossesse extra-utérine droite**
- **Pyélonéphrite aiguë droite**

Question n° 234

Diverticulose colique et sigmoïdite

- **Peut exister à tout âge**
- **Fréquent**
- **Tableau d'appendicite à gauche**
- **Asymptomatique +++**
- **Infections = diverticulite, abcès, péritonite**
- **Hémorragique (à droite)**
- **Chronique (sténose, fistule)**

1 Quelle est l'épidémiologie de la diverticulose colique ?

....

2 Quelle en est la localisation la plus fréquente ?

....

3 Quel est le mode de découverte le plus fréquent ?

....

4 Quelles sont les 6 complications les plus fréquentes de la diverticulose colique ?

....

5 Citer les 2 examens morphologiques permettant le diagnostic de diverticulose colique non compliquée.

....

6 Quelles sont les 2 contre-indications de ces 2 examens ?

....

7 Décrire le lavement baryté d'une diverticulose colique non compliquée.

....

8 Quel est l'examen roi devant une suspicion de sigmoïdite ? Que peut-il apporter ?

....

9 Quel examen d'opacification colique peut-on pratiquer en cas de sigmoïdite ? Le décrire.

....

10 Pourquoi est-il important de rechercher un abcès péri-sigmoïdien en cas de sigmoïdite ?

....

11 Donner les signes cliniques évocateurs de sigmoïdite.

....

12 Citer les signes cliniques de fistule colo-vésicale.

....

13 Qu'est ce que la triade de Saint ?

....

14 Quels sont les principes du traitement chirurgical d'une sigmoïdite ?

....

15 Quelles sont les 3 principales causes d'hémorragie digestive basse après 50 ans ?

....

1 Quelle est l'épidémiologie de la diverticulose colique ?

- **Peut exister à tout âge**
- **Fréquence augmente avec l'âge**
- **Atteint 45 % des sujets de 70 ans, sans prédominance de sexe**

2 Quelle en est la localisation la plus fréquente ?

- **Colon sigmoïde**

3 Quel est le mode de découverte le plus fréquent ?

- **Découverte fortuite (coloscopie pour autre trouble)**
- **Le plus souvent asymptomatique**

4 Quelles sont les 6 complications les plus fréquentes de la diverticulose colique ?

- **Sigmoïdite**
- **Abcès péri-sigmoidien**
- **Péritonite**
- **Fistule digestive, uro-génitale**
- **Hémorragie digestive**
- **Sténose et occlusion colique (inflammation pseudo-tumorale)**

5 Citer les 2 examens morphologiques permettant le diagnostic de diverticulose colique non compliquée.

- **Coloscopie**
- **Si contre-indiquée, lavement baryté**

6 Quelles sont les 2 contre-indications de ces 2 examens ?

- **Fièvre (suspicion de sigmoïdite)**
- **Perforation (signes péritonéaux)**

7 Décrire le lavement baryté d'une diverticulose colique non compliquée.

- **Images d'addition**
- **Aspect en piles d'assiette**
- **En niche**
- **Contours réguliers**

8 Quel est l'examen roi devant une suspicion de sigmoïdite ? Que peut-il apporter ?

- **Scanner abdominal + injection de produit de contraste iodé + opacification du sigmoïde**
- **Permet : le diagnostic positif :**
  – épaississement de la paroi digestive
  – visualisation des diverticules
  – hétérogénéité de la graisse en regard
- **Le diagnostic des complications = visualisation d'un abcès**

9 Quel examen d'opacification colique peut-on pratiquer en cas de sigmoïdite ? Le décrire.

- **Lavement aux hydro-solubles (si baryté = 0 à l'internat = procès dans la vraie vie)**
- **Signes de diverticulose colique**
- **Signes de sigmoïdite :**
  – amputation de l'image ronde du diverticule
  – seul le pied du pédicule est visible
  – image en flammèche
  – image en spicules irrégulières
- **Complication :**
  – fistule, fuite de produit de contraste
  – compression extrinsèque
  – sténose sigmoïdienne pseudo-inflammatoire

10 Pourquoi est-il important de rechercher un abcès péri-sigmoïdien en cas de sigmoïdite ?

- **Complication de la sigmoïdite**
- **Traitement différent, car infection intra-péritonéale**
- **Donc colostomie (pas de suture digestive si infection intra-péritonéale)**
- **Chirurgie en urgence (drainage chirurgical ou sous scanner)**
- **Complication des abcès à rechercher = abcès du foie, thrombose de la veine porte, fistule**

11 Donner les signes cliniques évocateurs de sigmoïdite.

- **Douleur et défense en FIG**
- **Fièvre**
- **AEG**
- **Vomissements, sub-occlusion**

- **+/– signes fonctionnels urinaires (même sans fistule colo-vésicale)**

12 Citer les signes cliniques de fistule colo-vésicale.

- **Pneumaturie**
- **Fécalurie**
- **Infections urinaires à répétition**

13 Qu'est ce que la triade de Saint ?

- **Diverticulose colique**
- **Hernie hiatale**
- **Lithiase vésiculaire**
- **Association statistique**

14 Quels sont les principes du traitement chirurgical d'une sigmoïdite ?

- **En urgence SI résistance au traitement médical (antalgiques, antibiothérapie)**
- **SINON à distance de l'épisode infectieux (6 semaines)**
- **RECTOSIGMOÏDECTOMIE = résection de la charnière recto-sigmoidienne**
- **Anastomose colorectale en un temps**
- **Pièce en anapathologie**

15 Quelles sont les 3 principales causes d'hémorragie digestive basse après 50 ans ?

- **Angiodysplasie colique**
- **Hémorragie diverticulaire**
- **Cancer colorectal**

Question n° 245

Hernies

- Étranglement
- À suspecter devant TOUT syndrome occlusif
- TOUJOURS rechercher une hernie controlatérale
- Hernie inguinale la plus fréquente
- Palper tous les orifices + TR
- Ligne de Malghaigne
- Dissection + réintégration + suture pariétale

1 Quelle est la définition d'une hernie ?

....

2 Citer les caractéristiques des hernies non compliquées.

....

3 Quelle est la physiopathologie de la hernie inguinale directe, oblique externe ?

....

4 Quelles sont les causes favorisantes d'une hernie inguinale directe ?

....

5 Qu'est-ce que la ligne de Malghaigne ? Quel est son intérêt en pratique clinique ?

....

6 Quelle est la complication la plus grave de toutes les hernies ?

....

7 Quel est le type de hernie si elle se trouve dans le scrotum ?

....

8 Quel est le terrain de la hernie crurale ?

....

9 Quel est le diagnostic différentiel le plus fréquent d'une hernie crurale ? Quelle est la conduite à tenir en cas de doute ?

....

10 Décrire le traitement chirurgical d'une hernie inguinale.

....

11 Décrire le traitement chirurgical d'une hernie crurale.

....

12 Quelles sont les caractéristiques d'une hernie étranglée ?

....

13 Quelles sont les complications des étranglements herniaires ?

....

14 Quelles sont les 2 possibilités physiopathologiques d'une hernie ombilicale ?

....

1 Quelle est la définition d'une hernie ?

- **Protrusion d'un organe à travers un orifice naturel**

2 Citer les caractéristiques des hernies non compliquées.

- **Tuméfaction impulsive**
- **Expansive à la toux**
- **Réductible**
- **Indolore**

3 Quelle est la physiopathologie de la hernie inguinale directe, oblique externe ?

- **D = faiblesse musculo-aponévrotique**
- **OE = congénitale par persistance du canal péritonéo-vaginal**

4 Quelles sont les causes favorisantes d'une hernie inguinale directe ?

- **Augmentation de la pression intra-abdominale :**
- **Toux chronique**
- **Constipation**
- **Dysurie**
- **Grossesse**
- **Amaigrissement rapide**

5 Qu'est-ce que la ligne de Malghaigne ? Quel est son intérêt en pratique clinique ?

- **Ligne virtuelle**
- **Reliant l'épine iliaque antéro-supérieure et l'épine du pubis**
- **Correspond au trajet de l'arcade crurale**
- **Permet de distinguer hernie inguinale et hernie crurale en fonction de la position du COLLET de la hernie par rapport à cette ligne :**
  - **au-dessus = inguinale**
  - **en dessous = crurale**

6 Quelle est la complication la plus grave de toutes les hernies ?

- **Étranglement**

7 Quel est le type de hernie si elle se trouve dans le scrotum ?

- **Inguinale oblique externe**

8 Quel est le terrain de la hernie crurale ?

- **Femme obèse de 50 ans**

9 Quel est le diagnostic différentiel le plus fréquent d'une hernie crurale ? Quelle est la conduite à tenir en cas de doute ?

- **Adénopathie**
- **Intervention chirurgicale**

10 Décrire le traitement chirurgical d'une hernie inguinale.

- **Traitement du sac = dissection + réintégration**
- **Abaissement du tendon conjoint sur l'arcade crurale**
- **Traitement de la paroi = suture pariétale**
- **Incision par voie élective**
- **+/– pose de prothèse**

11 Décrire le traitement chirurgical d'une hernie crurale.

- **Traitement du sac = dissection + réintégration**
- **Ouverture de l'anneau**
- **Abaissement du tendon conjoint sur le ligament de Cooper**
- **Traitement de la paroi = suture pariétale**
- **Incision par voie élective**
- **+/– pose de prothèse**

12 Quelles sont les caractéristiques d'une hernie étranglée ?

- **Tuméfaction non impulsive**
- **Dure**
- **Tendue**
- **Douleur au collet**
- **Irréductible**
- **+/– syndrome occlusif**

13 Quelles sont les complications des étranglements herniaires ?

- **Congestion**
- **Nécrose**
- **Infarctus**
- **Gangrène**
- **Phlegmon**

14 Quelles sont les 2 possibilités physiopathologiques d'une hernie ombilicale ?

- **Enfant noir = physiologique avant 2 ans, donc pas de geste chirurgical avant 2 ans ; mais geste vers 3 ans si persistance**
- **Sujet âgé, obèse, cirrhotique = faiblesse, distension de la paroi**

Question n° 320

Ictères

- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Cholestase
- S'acharner à trouver une dilatation des voies biliaires
- Bilirubine libre/Bilirubine conjuguée
- Échographie abdominale + bilan hépatique complet
- Aigu ou chronique

1 Quelles sont les 2 causes les plus fréquentes d'ictère à bilirubine non conjuguée ?

....

2 Quel est le premier examen à demander devant un ictère à bilirubine conjuguée ?

....

3 Quelles sont les 3 principales causes d'ictère à bilirubine conjuguée extra-hépatique ?

....

4 Citer le bilan biologique minimum devant un ictère.

....

5 Quels moyens d'imagerie sont utilisables pour authentifier la cause d'une cholestase extra-hépatique ?

....

6 Quelles sont les 5 principales causes de cholestase intra-hépatique ?

....

7 Quels sont les examens nécessaires au diagnostic de cholestase intra-hépatique ?

....

8 Citer 3 causes de faux ictère.

....

9 Donner les signes cliniques de l'ictère à bilirubine non conjuguée.

....

10 Donner les signes cliniques de l'ictère à bilirubine conjuguée.

....

11 Une absence de dilatation des voies biliaires peut-elle éliminer un obstacle ? Pourquoi ?

....

12 Donner les signes cliniques en faveur d'un cancer de la tête du pancréas devant un ictère à bilirubine conjuguée.

....

13 Devant un ictère hémolytique, citer 3 pathologies infectieuses à évoquer.

....

14 Quels examens demander devant la suspicion d'hémolyse ? Donner leur évolution.

....

15 Donner l'anatomopathologie d'une hépatite alcoolique aiguë.

....

16 Quelles sont les carences vitaminiques en cas de cholestase ?

....

17 Quel est le risque de l'ictère néonatal ?

....

18 Citer les 5 caractéristiques qui font craindre un ictère pathologique devant un ictère du nouveau-né.

....

19 Quelles sont les 4 causes les plus fréquentes d'ictère à bilirubine libre chez le nouveau-né ?

....

20 Quelles sont les 3 causes les plus fréquentes d'ictère à bilirubine conjuguée chez le nouveau-né ?

....

21 En dehors du bilan d'hémolyse, quels sont les 3 premiers examens à demander devant un ictère à bilirubine conjuguée néonatal ?

....

22 Quelle injection intra-veineuse est impérative en cas de cholestase ?

....

23 Quelles sont les principales causes d'obstruction des voies biliaires intra-hépatiques ?

....

1 Quelles sont les 2 causes les plus fréquentes d'ictère à bilirubine non conjuguée ?

- **Maladie de Gilbert**
- **Hémolyse**

2 Quel est le premier examen à demander devant un ictère à bilirubine conjuguée ?

- **Échographie abdominale**

3 Quelles sont les 3 principales causes d'ictère à bilirubine conjuguée extra-hépatique ?

- **Lithiase de la voie biliaire principale**
- **Tumeurs malignes (cancer de la tête du pancréas, ampullome vatérien)**
- **Traumatisme chirurgical accidentel**

4 Citer le bilan biologique minimum devant un ictère.

- **Bilan hépatique complet**
- **TP**
- **NFS**

5 Quels moyens d'imagerie sont utilisables pour authentifier la cause d'une cholestase extra-hépatique ?

- **Échographie abdominale**
- **Écho-endoscopie**
- **CPRE**
- **IRM biliaire**

6 Quelles sont les 5 principales causes de cholestase intra-hépatique ?

- **Hépatite aiguë**
- **Poussée d'insuffisance hépatocellulaire**
- **Hépatite chronique**
- **Carcinome hépatocellulaire**
- **Infection hépatique**

7 Quels sont les examens nécessaires au diagnostic de cholestase intra-hépatique ?

- **Sérologies virales (A, B, C)**
- **Dosages de médicaments suspects de surdosage**
- **Auto-immunité = Ac anti-nucléaires, Ac anti-muscle lisse, Ac anti-microsome**

8 Citer 3 causes de faux ictère.

- **Hypothyroïdie**
- **Mélanodermie**
- **Ingestion de carotène**

9 Donner les signes cliniques de l'ictère à bilirubine non conjuguée.

- **Ictère modéré**
- **Sans prurit**
- **Urines claires**

10 Donner les signes cliniques de l'ictère à bilirubine conjuguée.

- **Urines foncées, mousseuses**
- **Selles décolorées**
- **Prurit généralisé**
- **Syndrome hémorragique**
- **Xanthomes sous-cutanés**

11 Une absence de dilatation des voies biliaires peut-elle éliminer un obstacle ? Pourquoi ?

Non, car :

- **L'obstacle peut être incomplet**
- **L'obstacle peut être aigu, en voie de formation (dilatation qui n'a pas eu le temps de se mettre en place)**

12 Donner les signes cliniques en faveur d'un cancer de la tête du pancréas devant un ictère à bilirubine conjuguée.

- **Apparition progressive de l'ictère**
- **Sans rémission**
- **Sans douleur**
- **Prurit précédant l'ictère**
- **Grosse vésicule palpable**

13 Devant un ictère hémolytique, citer 3 pathologies infectieuses à évoquer.

- **Paludisme**
- **Septicémie à *Clostridium Perfringens***
- ***Mycoplasme***

14 Quels examens demander devant la suspicion d'hémolyse ? Donner leur évolution.

- **NFS = anémie normocytaire régénérative**
- **VGM normal**
- **Réticulocytes augmentés**
- **Bilirubine non conjuguée augmentée**
- **Haptoglobine effondrée**
- **Frottis sanguin**
- **LDH**

15 Donner l'anatomopathologie d'une hépatite alcoolique aiguë.

- **Topographie centrolobulaire**
- **Ballonisation**
- **Nécrose hépatocytaire**
- **Corps de Mallory**
- **Infiltrat à polynucléaires neutrophiles**

16 Quelles sont les carences vitaminiques en cas de cholestase ?

- **A – D – E – K**

17 Quel est le risque de l'ictère néonatal ?

- **Ictère nucléaire**

18 Citer les 5 caractéristiques qui font craindre un ictère pathologique devant un ictère du nouveau-né.

- **Précoce < 24 heures**
- **Hémolyse**
- **Cholestase**
- **Prolongé > 10 jours**
- **Intense**

19 Quelles sont les 4 causes les plus fréquentes d'ictère à bilirubine libre chez le nouveau-né ?

- **Ictère simple**
- **Ictère au lait de mère**
- **Hémolyse (iso-immunisation)**
- **Infection materno-fœtale**

20 Quelles sont les 3 causes les plus fréquentes d'ictère à bilirubine conjuguée chez le nouveau-né ?

- **Infection urinaire (*E. Coli*)**
- **Atrésie des voies biliaires**
- **Hépatite infectieuse (CMV)**

21 En dehors du bilan d'hémolyse, quels sont les 3 premiers examens à demander devant un ictère à bilirubine conjuguée néonatal ?

- **Échographie abdominale**
- **Bilan hépatique complet**
- **ECBU**

22 Quelle injection intra-veineuse est impérative en cas de cholestase ?

- **Vitamine K, pour lutter contre le risque hémorragique dû à la cholestase**

23 Quelles sont les principales causes d'obstruction des voies biliaires intra-hépatiques ?

- **Tumeur du foie primitive ou secondaire**
- **Cirrhose biliaire primitive**
- **Cholangite sclérosante**
- **Granulomatose**
- **Postopératoire**

Question n° 258

Lithiase biliaire et ses complications

- Asymptomatique
- Dès que devient symptomatique, alors cholécystectomie + pièce en anatomopathologie
- Examen le plus spécifique et le plus sensible = échographie abdominale
- Signe de Murphy
- Complications : • cholécystite (lithiase du canal cystique + vésicule épaissie)
  • angiocholite (litiase de la voie biliaire primitive = urgence diagnostique et thérapeutique

1 Définir la triade de Charcot.

....

2 Quel est le terrain de la lithiase vésiculaire ?

....

3 Quel est le mode de révélation le plus fréquent de la lithiase biliaire ?

....

4 Quel diagnostic évoquer devant un syndrome occlusif chez un patient porteur de lithiase biliaire ?

....

5 Décrire les caractères de l'image échographique d'un calcul vésiculaire.

....

6 Décrire le traitement d'une colique hépatique.

....

7 Quels sont les examens permettant le diagnostic de lithiase de la voie biliaire principale ?

....

8 Décrire la crise de colique hépatique typique.

....

9 Citer les diagnostics différentiels de cholécystite en cas d'épaississement de la paroi vésiculaire.

....

10 Citer les 3 indications de la sphinctérotomie endoscopique.

....

11 Décrire le traitement chirurgical d'une lithiase vésiculaire.

....

12 Quelles sont les évolutions possibles d'une colique hépatique ?

....

13 Décrire l'aspect échographique d'une cholécystite aiguë.

....

14 Quelles sont les complications de la sphinctérotomie endoscopique ?

....

15 Quels sont les signes cliniques d'une cholécystite.

....

16 Quel est le traitement d'une angiocholite.

....

17 Citer 3 contextes de survenue d'une cholécystite aiguë alithiasique.

....

18 Bilan biologique minimum devant une angiocholite.

....

1 Définir la triade de Charcot.

- **Douleur hypochondre droit**
- **Fièvre 39 °C**
- **Ictère cholestatique**

2 Quel est le terrain de la lithiase vésiculaire ?

- **Femme**
- **Obèse**
- **60 ans**

3 Quel est le mode de révélation le plus fréquent de la lithiase biliaire ?

- **Asymptomatique**

4 Quel diagnostic évoquer devant un syndrome occlusif chez un patient porteur de lithiase biliaire ?

- **Iléus biliaire**

5 Décrire les caractères de l'image échographique d'un calcul vésiculaire.

- **Échographie dense**
- **Cône d'ombre postérieur**
- **Mobile**
- **Déclive**

6 Décrire le traitement d'une colique hépatique.

- **À jeun**
- **Antalgiques**
- **Antispasmodiques**
- **Traitement chirurgical curatif à distance = cholécystectomie cœlioscopique**

7 Quels sont les examens permettant le diagnostic de lithiase de la voie biliaire principale ?

- **Échographie abdominale**
- **Écho-endoscopie**
- **CPRE si geste traitement associé**

8 Décrire la crise de colique hépatique typique.

- **Douleur HC droit ou épigastrique**
- **Irradiation en arrière ou vers l'omoplate**

- Inhibition respiratoire
- Vomissements
- Dure moins de 6 heures
- Apyrexie

9 Citer les diagnostics différentiels de cholécystite en cas d'épaississement de la paroi vésiculaire.

- **Cancer de la vésicule**
- **Ascite**
- **Hépatite virale aiguë (hypo-albuminémie)**
- **Hypertension portale**

10 Citer les 3 indications de la sphinctérotomie endoscopique.

- **Pancréatite aiguë biliaire grave**
- **Lithiase de la voie biliaire principale symptomatique chez un sujet de plus de 70 ans**
- **Lithiase de la voie biliaire principale résiduelle post-cholécystectomie**

11 Décrire le traitement chirurgical d'une lithiase vésiculaire.

- **Cholécystectomie**
- **Sous-cœlioscopie**
- **Avec cholangiographie peropératoire**
- **Pièce en anapathologie**
- **Si symptomatique**

12 Quelles sont les évolutions possibles d'une colique hépatique ?

- **Amélioration spontanée**
- **Cholécystite aiguë**
- **Angiocholite**
- **Pancréatite aiguë biliaire**
- **Iléus biliaire**
- **Calculo-cancer**

13 Décrire l'aspect échographique d'une cholécystite aiguë.

- **Calcul dans le canal cystique**
- **Vésicule dilatée**
- **Paroi épaisse**
- **+/− calculs vésiculaires**
- **Signe de Murphy échographique**
- **Voie biliaire principale non dilatée**
- **Pas de signes en faveur d'un autre diagnostic**

14 Quelles sont les complications de la sphinctérotomie endoscopique ?

- **Pancréatite aiguë**
- **Hémorragie digestive**
- **Perforation digestive**
- **Récidive**
- **Cirrhose biliaire secondaire**
- **Infection**

15 Quels sont les signes cliniques d'une cholécystite.

- **Douleur HC droit**
- **Fièvre modérée**
- **Sans ictère**

16 Quel est le traitement d'une angiocholite.

- **Traitement médical = à jeun, SNG en aspiration, rééquilibration hydro-électrolytique, bi-antibiothérapie, antalgiques, antispasmodiques**
- **Traitement chirurgical = laparotomie exploratrice, bilan des lésions, cholécystectomie, pièce en anapathologie, cholédocotomie, prélèvement de bile envoyé en bactériologie, cholangiographie peropératoire, ablation des calculs, cholédochoscopie, lavage de la VBP, fermeture de la cholédochotomie sur drain de Kehr, drainage sous hépatique**

17 Citer 3 contextes de survenue d'une cholécystite aiguë alithiasique.

- **Diabète**
- **VIH**
- **Patient de réanimation**

18 Bilan biologique minimum devant une angiocholite.

- **NFS, Pl, VS, CRP**
- **Ionogramme sang, urée, créat.**
- **Gp, Rh RAI**
- **BHC**
- **Hémocultures**
- **BU**
- **Amylasémie**

Question n° 273

Pathologie hémorroïdaire

- Constipation
- Fissure
- Thrombose
- Diagnostic clinique
- 3 paquets hémorroïdaires
- MALADIE ARTÉRIELLE

1 Quels sont les différents signes fonctionnels que l'on peut rencontrer dans une pathologie hémorroïdaire ?

....

2 Devant des rectorragies chez un patient de 60 ans portant des hémorroïdes, que devez-vous éliminer ?

....

3 Décrire la douleur de la fissure anale.

....

4 Décrire la douleur de la thrombose hémorroïdaire.

....

5 Citer 3 facteurs favorisant la pathologie hémorroïdaire.

....

6 Quel est l'intérêt du TR dans la pathologie hémorroïdaire ?

....

7 Citer les 4 stades des hémorroïdes.

....

8 Quels sont les traitements possibles des hémorroïdes non compliquées ?

....

9 Quelle est la localisation de la fissure anale classique ?

....

10 Qu'implique une localisation non classique de fissure anale ?

....

11 Quel est le traitement d'une fissure anale ?

....

12 Quels sont les 3 temps du traitement chirurgical d'une fissure anale ?

....

13 Quel est le traitement de la thrombose hémorroïdaire ?

....

14 Quel est le risque d'un abcès de la marge anale ?

....

15 Quel est le traitement d'un abcès de la marge anale, que doit-on rechercher localement en peropératoire et pourquoi ?

....

1 Quels sont les différents signes fonctionnels que l'on peut rencontrer dans une pathologie hémorroïdaire ?

- **Douleurs**
- **Rectorragies**
- **Prolapsus hémorroïdaire**
- **Suintement**
- **Prurit**

2 Devant des rectorragies chez un patient de 60 ans portant des hémorroïdes, que devez-vous éliminer ?

- **Si oubli de rechercher une autre lésion causale des hémorragies, par exemple un cancer colorectal**

3 Décrire la douleur de la fissure anale.

- **Intense**
- **Déclenchée par la selle**
- **Puis disparaît**
- **Pour réapparaître et durer quelques heures**

4 Décrire la douleur de la thrombose hémorroïdaire.

- **Début brutal**
- **Intense**
- **Continue et permanente**
- **Tuméfaction douloureuse**
- **Non rythmée par les selles**

5 Citer 3 facteurs favorisant la pathologie hémorroïdaire.

- **Hérédité**
- **Constipation**
- **Épisodes de la vie génitale chez la femme**

6 Quel est l'intérêt du TR dans la pathologie hémorroïdaire ?

- **Éliminer un cancer du rectum**
- **Rechercher sang, anomalie muqueuse**
- **Abcès, fistule**
- **Ne sert pas au diagnostic, le diagnostic se fait avec les yeux (protrusion hémorroïdaire)**

7 Citer les 4 stades des hémorroïdes.

1 = Pas de procidence
2 = Procidence, mais réintégration spontanée
3 = Procidence, mais réintégration possible à l'aide du doigt
4 = Procidence permanente

8 Quels sont les traitements possibles des hémorroïdes non compliquées ?

- Règles hygiéno-diététiques = régularisation du transit, selle sans retard, hydratation, lutte contre la sédentarité
- Pommades = lubrification terminale antalgique locale
- Antalgiques et anti-inflammatoires per os
- Coagulation, cryocoagulation
- Ligature
- Sclérose
- Chirurgical = hémorroïdectomie (ablation de chaque paquet séparément, sans provoquer de lésion du sphincter ni plaie circulaire sinon risque de sténose)

9 Quelle est la localisation de la fissure anale classique ?

- Postéromédiane

10 Qu'implique une localisation non classique de fissure anale ?

- Suspicion de fissure secondaire à une pathologie type :
  - cancer de l'anus
  - MST (herpès, syphilis)
  - maladie de Crohn
  - tuberculose

11 Quel est le traitement d'une fissure anale ?

- Myorelaxants
- Antalgiques per os
- Injection sous fissuraire à l'adrénaline
- Toxine botulinique injectée

12 Quels sont les 3 temps du traitement chirurgical d'une fissure anale ?

- Excision
- Sphinctérotomie
- Anoplastie

13 Quel est le traitement de la thrombose hémorroïdaire ?

- **Excision sous anesthésie locale**

14 Quel est le risque d'un abcès de la marge anale ?

- **Gangrène due aux multiples germes aéro et anaérobies**

15 Quel est le traitement d'un abcès de la marge anale, que doit-on rechercher localement en per opératoire et pourquoi ?

- **Incision + prélèvement + lavage + drainage**
- **Recherche d'un trajet fistuleux**
- **Car l'origine de l'infection est une glande anale, donc trajet glande / peau = fistule**

Question
n° 275

Péritonite

- Risque de décès très élevé
- Prototype de l'urgence chirurgicale
- Prise en charge médico-chirurgicale (réanimation)
- Signes cliniques : contracture abdominale et douleur au toucher rectal
- Rechercher et traiter la cause
- Pas de suture digestive dans le pus
- 2 temps de traitement :
  1. de la péritonite
  2. étiologique

1 Définir une péritonite aiguë généralisée.

....

2 Citer 2 causes de péritonite primitive.

....

3 Quels sont les germes les plus fréquemment retrouvés dans les péritonites primitives ?

....

4 Quelles sont les péritonites les plus fréquentes ? Pourquoi faire la différence entre les péritonites primitives et secondaires est important ?

....

5 Quelles sont les différentes causes physiopathologiques de péritonite ?

....

6 Quelles sont les 3 particularités des péritonites postopératoires ?

....

7 Décrire la contracture abdominale.

....

8 Quels examens d'imagerie demander devant la suspicion de péritonite ?

....

9 Quels signes doit-on rechercher sur l'ASP d'une péritonite ?

....

10 Quelles sont les 2 causes les plus fréquentes de péritonite secondaires par perforation ?

....

11 Dans quels cas la contracture peut-elle être absente malgré l'existence d'une vraie péritonite ?

....

12 Décrire les principes généraux du traitement d'une péritonite.

....

13 Traitement d'une péritonite appendiculaire ?

....

14 Indications et conditions de la méthode de Taylor ?

....

15 Principes de la méthode de Taylor ?

....

16 Quelle est la méthode chirurgicale de choix en cas de perforation diverticulaire ?

....

17 Dans quelle cause de péritonite secondaire ne voit-on pas de pneumopéritoine ?

....

18 Dans quel cas de péritonite secondaire septique peut-on réaliser dans le même temps une résection et anastomose ?

....

19 Que peut-on attendre d'un TR dans une péritonite appendiculaire ?

....

1 Définir une péritonite aiguë généralisée.

- **Infection ou inflammation brutale et diffuse de la séreuse péritonéale**

2 Citer 2 causes de péritonite primitive.

- **Infection de liquide d'ascite**
- **Infection du liquide de dialyse péritonéale**

3 Quels sont les germes les plus fréquemment retrouvés dans les péritonites primitives ?

- **Bacille tuberculeux**
- **Entérocoque**
- **Pneumocoque**
- **Staphylocoque**

4 Quelles sont les péritonites les plus fréquentes ? Pourquoi faire la différence entre les péritonites primitives et secondaires est important ?

- **Secondaires**
- **Car les péritonites primitives sont de traitement médical et les péritonites secondaires sont de traitement chirurgical**

5 Quelles sont les différentes causes physiopathologiques de péritonite ?

- **Perforation d'organe creux** :
  a. **biochimique, ex = ulcère duodénal**
  b. **septique, ex = perforation cancer colon**
- **Diffusion à partir d'un processus infectieux = appendicite**
- **Mixte = nécrose intestinale**

6 Quelles sont les 3 particularités des péritonites postopératoires ?

- **Cause rare**
- **Diagnostic difficile (patient sous morphine donc disparition de la contracture)**
- **Pronostic redoutable**

7 Décrire la contracture abdominale.

- **Contraction musculaire de tous les muscles pariétaux**
- **Rigide**
- **Tonique**
- **Intense**
- **Permanente**
- **Invincible**
- **Douloureuse**

8 Quels examens d'imagerie demander devant la suspicion de péritonite ?

- **Sans retarder le traitement**
- **ASP debout de face**
- **ASP couché de face**
- **ASP centré sur les coupoles diaphragmatiques**

9 Quels signes doit-on rechercher sur l'ASP d'une péritonite ?

- **Pneumopéritoine signe une perforation**
- **Signes d'occlusion évoquant un iléus fonctionnel**
- **Épanchement liquidien marqué par une grisaille diffuse**

10 Quelles sont les 2 causes les plus fréquentes de péritonite secondaires par perforation ?

- **Perforation d'un diverticule sigmoïdien**
- **Perforation diastatique du cæcum en amont d'un cancer du colon**

11 Dans quels cas la contracture peut-elle être absente malgré l'existence d'une vraie péritonite ?

- **Prise de corticoïdes**
- **Sujet âgé = péritonite asthénique**
- **Patient sous morphine**

12 Décrire les principes généraux du traitement d'une péritonite.

- **URGENCE MÉDICO-CHIRURGICALE**
- **Traitement réa médicale :**
  - **lutte contre infection**
  - **lutte contre défaillances multiviscérales**
- **Traitement chirurgical curatif**

13 Traitement d'une péritonite appendiculaire ?

- **Laparotomie**
- **Bilan des lésions**
- **Prélèvements bactériologiques**
- **Traitement causal = appendicectomie, pièce en anapathologie**
- **Décontaminer la cavité péritonéale = toilette péritonéale + lavage**
- **Lutter contre la reprise du processus infectieux = drainage**

14 Indications et conditions de la méthode de Taylor ?

- **Perforation ulcère gastrique ou duodénal**
- **De moins de 6 heures**
- **Certitude diagnostique**
- **Sujet jeune**
- **Sans signe de choc**

15 Principes de la méthode de Taylor ?

- **Hospitalisation en milieu chirurgical**
- **Surveillance stricte toutes les 3 heures**
- **À jeun**
- **SNG en aspiration**
- **Bi antibiothérapie**
- **Anti-sécrétoires intra-veineux (IPP)**
- **Antalgiques intra-veineux**
- **HBPM**

16 Quelle est la méthode chirurgicale de choix en cas de perforation diverticulaire ?

- **Hartmann**
- **Sigmoïdectomie**
- **Fermeture du rectum haut (1/3 supérieur) sous la charnière recto-sigmoïdienne**
- **Colostomie terminale en FIG**

17 Dans quelle cause de péritonite secondaire ne voit-on pas de pneumopéritoine ?

- **Appendiculaire**

18 Dans quel cas de péritonite secondaire septique peut-on réaliser dans le même temps une résection et anastomose ?

- **JAMAIS d'anastomose lors d'un processus infectieux intra-abdominal**

19 Que peut-on attendre d'un TR dans une péritonite appendiculaire ?

- **Douleur dans le cul-de-sac de Douglas à droite**
- **Bombement du Douglas (épanchement)**
- **Abcès du Douglas (fluctuant)**

Question
n° 148

Cancer du colon et du rectum (CCR)

- Biopsies
- Extension hépatique
- Dépistage
- Formes familiales
- Toucher rectal + ganglion de Troisier
- Colon = chirurgie puis chimiothérapie
- Rectum = radiothérapie puis chirurgie puis chimiothérapie
- 4 stades de Dukes

1 Quelle est l'histologie la plus fréquente des CCR ?

....

2 Définir un syndrome rectal.

....

3 Quels sont les signes cliniques révélateurs d'un cancer du colon (CC) ?

....

4 Quel est le bilan clinique d'extension métastatique d'un CC ?

....

5 Quel est le premier examen morphologique à demander devant la suspicion de CCR et pourquoi ?

....

6 Quel est le bilan d'extension morphologique commun aux CC et aux CR ?

....

7 Quels sont les 2 examens morphologiques à faire en plus en cas de cancer du rectum (CR) ?

....

8 Donner les stades de Dukes.

....

9 Quel est le traitement d'un CC ?

....

10 Quel traitement néoadjuvant pouvez-vous proposer en cas de CR, dans quel stade(s) et pourquoi ?

....

11 Quelles sont les différentes possibilités de traitement chirurgical dans les CR selon leur localisation ?

....

12 Quel est le traitement adjuvant à proposer en cas de CCR, dans quel(s) cas ?

....

13 Quelles sont les 2 maladies héréditaires à très haut risque de CCR ?

....

14 Citer les critères d'Amsterdam.

....

15 Quel est le pronostic des CCR ?

....

16 Quel est le risque principal des CR ?

....

17 Quel est le rythme de surveillance des CCR ?

....

18 Quel est le risque de la radiothérapie dans les CR ?

....

19 Quel est le risque vital d'un cancer du colon gauche en occlusion ?

....

20 Quelles sont les conditions qui font classer un patient au risque élevé de CCR ?

....

1 Quelle est l'histologie la plus fréquente des CCR ?

- **Adénocarcinome Lieberkuhnien**

2 Définir un syndrome rectal.

- **Rectorragies**
- **Ténesmes**
- **Épreintes**
- **Faux besoins**

3 Quels sont les signes cliniques révélateurs d'un cancer du colon (CC) ?

- **AEG + amaigrissement important**
- **HD basse**
- **Troubles du transit (diarrhée, constipation) récents**
- **Subocclusion, occlusion**
- **Métastase révélatrice**

4 Quel est le bilan clinique d'extension métastatique d'un CC ?

- **TR (tumeur rectale, nodule de carcinose péritonéale)**
- **Palpation du ganglion de Troisier**
- **Palpation hépatique**

5 Quel est le premier examen morphologique à demander devant la suspicion de CCR et pourquoi ?

- **Coloscopie totale avec biopsies multiples (en absence de troubles de l'hémostase) et examen anatomopathologique**
- **Diagnostic positif**
- **Rechercher une seconde localisation colique = cancer synchrone**
- **Rechercher un polype adénomateux**

6 Quel est le bilan d'extension morphologique commun aux CC et aux CR ?

- **Échographie hépatique** (ou) Scanner TDP
- **Radio de thorax**

7 Quels sont les 2 examens morphologiques à faire en plus en cas de cancer du rectum (CR) ?

- **Échographie endorectale ou IRM endorectale**
  pour tumeur ⊕ volumineuse

- **TDM abdominopelvien**

→ **Extension locorégionale**

8 Donner les stades de Dukes.

A = atteinte de la musculeuse
B = atteinte de la séreuse
C = adénopathies métastatiques
D = métastases viscérales

9 Quel est le traitement d'un CC ?

- **Colectomie**
- **Anastomose en 1 temps**

→ marge carcinologique en colon sain : 5 cm

10 Quel traitement néoadjuvant pouvez-vous proposer en cas de CR, dans quel stade(s) et pourquoi ?

- **Radiothérapie dés le stade B**
- **But = diminue les récidives locorégionales**

11 Quelles sont les différentes possibilités de traitement chirurgical dans les CR selon leur localisation ?

- **1/3 inf (< 4 cm) = amputation abdominopérinéale**
- **1/3 sup (> 7 cm) = résection anastomose**
- **1/3 moy (4-7 cm) = discussions de staff, fonction de la localisation**

12 Quel est le traitement adjuvant à proposer en cas de CCR, dans quel(s) cas ?

- **Polychimiothérapie 5FU + cisplatine** + A folin (FOLFOX)
- **Stades C et D**

13 Quelles sont les 2 maladies héréditaires à très haut risque de CCR ?

- **HNPCC**
- **PAF**

14 Citer les critères d'Amsterdam.

- **3 parents du premier degré**
- **Dont au moins 1 de moins de 50 ans**
- **Sur 2 générations différentes**
- **Atteints d'un cancer du colon, utérin, urinaire, gastrique**

15 Quel est le pronostic des CCR ?

- **40 % à 5 ans tous stades confondus**
- **A = 80 %**
- **B = 55 %**
- **C = 40 %**
- **D = 15 %**

16 Quel est le risque principal des CR ?

- **Récidives pelviennes, de très mauvais pronostic**

17 Quel est le rythme de surveillance des CCR ?

- **À vie**
- **Clinique + échographie abdominale = tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois**
- **Radio thorax et échographie endorectale (CR) = annuelle**
- **Colo = à 1 an, à 3 ans, à 5 ans**

18 Quel est le risque de la radiothérapie dans les CR ?

- **Cystites et rectites radiques**

19 Quel est le risque vital d'un cancer du colon gauche en occlusion ?

- **Perforation diastatique du cæcum avec risque de péritonite de très mauvais pronostic**

20 Quelles sont les conditions qui font classer un patient au risque élevé de CCR ?

- **ATCD perso CCR ou adénome**
- **ATCD familiaux de CCR ou d'adénome de plus de 1 cm**
- **MICI (pancolite) après 10 ans ou plus d'évolution de la maladie**

Question n° 150

Tumeurs de l'estomac

- Syndrome ulcéreux atypique
- FOGD + biopsies + anatomopathologie
- Écho-endoscopie
- Ganglion de Troisier + ascite + carcinose péritonéale
- Omentectomie

1 Quel est le terrain du cancer de l'estomac ?

....

2 Quelle en est l'anatomie pathologique la plus fréquente ?

....

3 Quelle en est la localisation la plus fréquente ?

....

4 Quels signes fonctionnels évoquent un cancer de l'estomac ?

....

5 Quels sites métastatiques sont à rechercher cliniquement ?

....

6 Quel est l'examen morphologique indispensable au diagnostic ?

....

7 Quels sont les examens morphologiques complémentaires ?

....

8 Citer un syndrome paranéoplasique classique des cancers de l'estomac.

....

9 Quel est la traitement de première intention d'un cancer de l'estomac ?

....

10 Décrire les grandes lignes de ce traitement.

....

11 Quelle est la survie globale à 5 ans ?

....

12 Décrire un TOGD de cancer de l'estomac.

....

13 Quelles sont les complications à long terme du traitement du cancer de l'estomac ?

....

14 Citer les particularités de la linite gastrique.

....

15 Quelle supplémentation faire en cas de gastrectomie ? Pourquoi ?

....

16 Quel examen est particulièrement utile lors du diagnostic de linite ?

....

1 Quel est le terrain du cancer de l'estomac ?

- **Homme**
- **Asiatique**
- **De 65 ans**
- **Avec pour antécédent un ulcère gastrique**

2 Quelle en est l'anatomie pathologique la plus fréquente ?

- **Adénocarcinome**

3 Quelle en est la localisation la plus fréquente ?

- **Antre (60 %)**

4 Quels signes fonctionnels évoquent un cancer de l'estomac ?

- **Syndrome ulcéreux atypique**
- **Nausées, vomissements**
- **Dyspepsie**

5 Quels sites métastatiques sont à rechercher cliniquement ?

- **Hépatomégalie**
- **Troisier**
- **Carcinose péritonéale**

6 Quel est l'examen morphologique indispensable au diagnostic ?

- **Fibroscopie œsogastroduodénale**
- **Après contrôle de l'hémostase**
- **Avec biopsies multiples**
- **Et envoi en anatomopathologie**

7 Quels sont les examens morphologiques complémentaires ?

- **TOGD (pour la chirurgie)**
- **TDM abdominal (extension à distance)**
- **Écho-endoscopie (extension locale et ganglions)**

8 Citer un syndrome paranéoplasique classique des cancers de l'estomac.

- ***Acanthosis nigricans***

9 Quel est la traitement de première intention d'un cancer de l'estomac ?

- **Chirurgical**

10 Décrire les grandes lignes de ce traitement.

- **Laparotomie exploratrice**
- **Curage ganglionnaire**
- **Omentectomie**
- **Examen anapathologique extemporané (limites et ganglions)**
- **Exérèse carcinologique**
- **Pièce en anatomopathologie définitive**
- **Rétablissement de la continuité digestive**

11 Quelle est la survie globale à 5 ans ?

- 15 %

12 Décrire un TOGD de cancer de l'estomac.

- **Image de soustraction**
- **Irrégulière**
- **Excentrée**
- **Ulcérée**

13 Quelles sont les complications à long terme du traitement du cancer de l'estomac ?

- **Ulcère anastomotique**
- **Syndrome du petit estomac**
- **Dumping syndrome**
- **Diarrhée motrice**

14 Citer les particularités de la linite gastrique.

- **Souvent FOGD normale**
- **Souvent biopsies négatives**
- **Cellules en bague à chaton**
- **Pronostic effroyable (0 % de survie à 5 ans)**

15 Quelle supplémentation faire en cas de gastrectomie ? Pourquoi ?

- **Vitamine B12 intra-musculaire**
- **Risque anémie de Biermer**

16 Quel examen est particulièrement utile lors du diagnostic de linite ?

- **Écho-endoscopie**

Question n° 151

Tumeurs du foie

- CHC sur hépatopathie chronique
- Métastases de cancers le plus souvent digestifs
- Échographie + scanner
- 4 tumeurs bénignes
- Hépatomégalie hétérogène, avec déformation des contours du foie (« en brioche »)

1 Citer les 4 types les plus fréquents de tumeurs bénignes du foie.

....

2 Quelles sont les tumeurs les plus fréquentes du foie ?

....

3 Quelles sont les 3 catégories histologiques de métastases hépatiques ?

....

4 Quels sont les cancers primitifs le plus souvent en cause dans la survenue de métastases hépatiques ?

....

5 Comment faire biologiquement la différence entre métastase hépatique et CHC ?

....

6 Citer les marqueurs tumoraux à doser devant une tumeur hépatique.

....

7 Quel cancer envahit la veine porte et les veines sus-hépatiques ?

....

8 Citer les caractéristiques scannographiques d'une métastase hépatique.

....

9 Quel est le traitement d'une métastase hépatique unique d'un cancer du colon ?

....

10 Pour chaque tumeur bénigne primitive du foie dire son échogénicité.

....

11 Quelle est la complication la plus grave des hémangiomes hépatiques ?

....

12 Quels sont les facteurs favorisant l'adénome hépatocytaire ?

....

13 Quelle est la condition d'apparition d'un CHC ? Quelle est la durée d'apparition ?

....

14 Quelle tumeur du foie rechercher lors d'une décompensation de cirrhose ?

....

15 Citer les 2 examens de dépistage du CHC dans une population à risque.

....

16 Expliquer pourquoi le CHC est de mauvais pronostic.

....

17 Quel est l'examen de choix pour le diagnostic d'HNF (hyperplasie nodulaire et focale) ?

....

18 Décrire une image de kyste échographique.

....

19 Quelles sont les possibilités thérapeutiques du CHC ?

....

20 Quels sont les 2 facteurs de risque les plus fréquents du sarcome du foie ?

....

21 Quel est le cancer du foie de l'enfant de moins de 3 ans et quel est son marqueur biologique ?

....

22 Citer les différentes circonstances de découverte des méta-hépatiques.

....

1 Citer les 4 types les plus fréquents de tumeurs bénignes du foie.

- **Hémangiome**
- **HNF = hyperplasie nodulaire et focale**
- **Adénome**
- **Kyste**

2 Quelles sont les tumeurs les plus fréquentes du foie ?

- **Métastases hépatiques = lésions secondaires**

3 Quelles sont les 3 catégories histologiques de métastases hépatiques ?

- **Carcinomes +++**
- **Cancers endocriniens**
- **Sarcomes**

4 Quels sont les cancers primitifs le plus souvent en cause dans la survenue de métastases hépatiques ?

- **Tube digestif (œsophage, estomac, colorectal)**
- **Bronches**
- **Sein**

5 Comment faire biologiquement la différence entre métastase hépatique et CHC ?

- **TP et albuminémie normaux dans les métastases (pas d'insuffisance hépatique)**
- **Augmentation gGT et PAL dans les 2**

6 Citer les marqueurs tumoraux à doser devant une tumeur hépatique.

- **Ca 19-9**
- **ACE**
- **Alpha-fœtoprotéine**

7 Quel cancer envahit la veine porte et les veines sus-hépatiques ?

- **CHC, mais pas les métastases**

8 Citer les caractéristiques scannographiques d'une métastase hépatique.

- **Avant injection = hypodense**
- **Après injection = hypodense (hypovascularisation)**

9 Quel est le traitement d'une métastase hépatique unique d'un cancer du colon ?

- **Traitement chirurgical = hépatectomie partielle**

10 Pour chaque tumeur bénigne primitive du foie dire son échogénicité.

- **Kyste = hypo-échogène**
- **Adénome et HNF = hypo/hyper/mixte**
- **Angiome = hyperéchogène**

11 Quelle est la complication la plus grave des hémangiomes hépatiques ?

- **Hémorragie intra-péritonéale**

12 Quels sont les facteurs favorisant l'adénome hépatocytaire ?

- **Traitement œstrogénique**
- **Contraception fortement dosée**

13 Quelle est la condition d'apparition d'un CHC ? Quelle est la durée d'apparition ?

- **Maladie hépatique sous-jacente = cirrhose ou hépatite chronique (ex = virale)**
- **20 à 30 ans d'évolution**

14 Quelle tumeur du foie rechercher lors d'une décompensation de cirrhose ?

- **CHC**

15 Citer les 2 examens de dépistage du CHC dans une population à risque.

- **Alpha-fœtoprotéine**
- **Échographie hépatique**

16 Expliquer pourquoi le CHC est de mauvais pronostic.

- **Maladie sous jacente (cirrhose ou hépatite chronique)**
- **Envahissement vaisseaux porte très fréquent → invasif, auto métastasiant, thromboses néoplasiques**

17 Quel est l'examen de choix pour le diagnostic d'HNF (hyperplasie nodulaire et focale) ?

- **IRM sans puis avec Gado**

18 Décrire une image de kyste échographique.

- **Anéchogène**
- **Ronde**
- **Avec renforcement postérieur**
- **Contours nets, bien limités**
- **Paroi fine**
- **Taille < 5 cm**
- **Sans végétation ni cloisons**

19 Quelles sont les possibilités thérapeutiques du CHC ?

- **Hépatectomie partielle**
- **Hépatectomie totale et transplantation hépatique orthotopique**
- **Chimio-embolisation**
- **Alcoolisation**

20 Quels sont les 2 facteurs de risque les plus fréquents du sarcome du foie ?

- **Chlorure de vinyle**
- **Arsenic**
  = maladie professionnelle indemnisable

21 Quel est le cancer du foie de l'enfant de moins de 3 ans et quel est son marqueur biologique ?

- **Hépatoblastome**
- **Alpha-fœtoprotéine**

22 Citer les différentes circonstances de découverte des méta-hépatiques.

- **Avant le cancer primitif = symptomatologie type douleur abdominale, ictère**
- **Lors du bilan d'extension du cancer primitif**
- **Lors du suivi d'un patient dont le cancer primitif est connu et traité**

Question n° 152

Cancer de l'œsophage

- Dysphagie
- Alcool + tabac
- FOGD + biopsies + anatomopathologie
- 2 cadres différents :
  - 2/3 supérieurs : épidermoïde
  - 1/3 inférieur : andénocarcinome
- Recherche d'une seconde localisation (ORL et pulmonaire)
- Scanner cervical + échographie cervicale + écho-endoscopie œsophagienne
- Sevrage +++
- Rechercher les complications de l'alcool et du tabac

1 Quel en est le terrain ?

....

2 Pour les 2 types anapathologiques les plus fréquents, citer leur localisation et leur principale cause.

....

3 Décrire la dysphagie des cancers de l'œsophage.

....

4 Quel examen complémentaire à faire devant une dysphagie ?

....

5 Citer le bilan d'imagerie d'extension d'un cancer de l'œsophage.

....

6 Quels sont les 2 autres appareils à explorer au niveau local, à part le tube digestif, par quel examen ?

....

7 Décrire le traitement chirurgical.

....

8 Décrire le TOGD.

....

9 Quelle est la complication la plus fréquente du traitement chirurgical ?

....

10 Quels sont les 2 diagnostics à évoquer devant une infection bronchopulmonaire récidivante chez un alcoolo-tabagique de 60 ans ?

....

11 Citer 6 causes de syndrome de Claude-Bernard Horner.

....

12 Quel est le pronostic du cancer de l'œsophage ?

....

13 Citer les examens morphologiques du bilan d'extension général.

....

14 Citer les avantages et les inconvénients de la radiothérapie préopératoire.

....

15 Quelles sont les contre-indications de la FOGD ?

....

1 Quel en est le terrain ?

- **Homme**
- **Alcoolo-tabagique**
- **De 60 ans**

2 Pour les 2 types anapathologiques les plus fréquents, citer leur localisation et leur principale cause.

- **Épidermoïde (90 %) 2/3 supérieurs : alcool + tabac**
- **Adénocarcinome (10 %) 1/3 inférieur : endobrachyœsophage**

3 Décrire la dysphagie des cancers de l'œsophage.

- **Prédomine sur les solides**
- **D'évolution progressive**
- **D'apparition récente entraînant un état de dénutrition**

4 Quel examen complémentaire à faire devant une dysphagie ?

- **FOGD avec biopsies et examen anatomopathologique**
- **En l'absence de troubles de l'hémostase**

5 Citer le bilan d'imagerie d'extension d'un cancer de l'œsophage.

- **Échographie cervicale**
- **TDM + IRM cervicale**
- **Écho-endoscopie œsophagienne**

6 Quels sont les 2 autres appareils à explorer au niveau local, à part le tube digestif, par quel examen ?

- **ORL → laryngoscopie indirecte puis directe**
- **Pulmonaire → fibroscopie trachéobronchique**

7 Décrire le traitement chirurgical.

- **Œsophagectomie totale**
- **Pièce en anapathologie**
- **Curage ganglionnaire**
- **Rétablissement de la continuité digestive = œsophagoplastie**

8 Décrire le TOGD.

- **Sténose :**
  - **irrégulière**
  - **asymétrique**
  - **ulcérée**
- **Dilatation œsophagienne en amont**
- **IMAGES CONSTANTES SUR TOUS LES CLICHÉS (incidences différentes)**

9 Quelle est la complication la plus fréquente du traitement chirurgical ?

- **Fistule anastomotique cervicale**

10 Quels sont les 2 diagnostics à évoquer devant une infection bronchopulmonaire récidivante chez un alcoolo-tabagique de 60 ans ?

- **Fistule entre un cancer de l'œsophage et l'arbre respiratoire**
- **Surinfection d'un cancer bronchopulmonaire**

11 Citer 6 causes de syndrome de Claude-Bernard Horner.

- **Pancoast Tobbias**
- **Cancer de l'œsophage envahissant**
- **Dissection de l'artère carotide interne**
- **Syndrome de Wallenberg**
- **Syndrome thalamique**
- **Algie vasculaire de la face**

12 Quel est le pronostic du cancer de l'œsophage ?

- **10 % de survie à 5 ans**

13 Citer les examens morphologiques du bilan d'extension général.

- **Radio thorax face et profil**
- **Échographie abdominale**
- **TDM thoraco-abdominal**

14 Citer les avantages et les inconvénients de la radiothérapie préopératoire.

- **Avantages :**
  - **augmente le taux de résecabilité**
  - **permet la stérilisation tumorale préopératoire**
- **Inconvénients :**
  - **traitement lourd**
  - **qui n'augmente pas la survie**

15 Quelles sont les contre-indications de la FOGD ?

- **Troubles de la conscience**
- **Suspicion de diverticule de Zenker**
- **Anévrisme de l'aorte thoracique**

Question n° 155

Tumeurs du pancréas

- Amaigrissement
- Grave
- Exocrine/endocrine
- Traitement le plus souvent palliatif
- Ictère progressif avec grosse vésicule si cancer de la tête du pancréas
- Cancer du corps ou de la queue = très longtemps asymptomatique
- Dépression très souvent associée à l'adénocarcinome de la tête du pancréas

1 Citer les 4 tumeurs endocrines les plus fréquentes.

....

2 Pour chaque tumeur endocrine du pancréas, citer le/les signes cliniques évocateurs.

....

3 Pour chacune de ces tumeurs, citer un test ou un dosage biologique aidant au diagnostic.

....

4 Quel diagnostic différentiel évoquer devant une diarrhée de type vipome ?

....

5 Quelle est la tumeur endocrine du pancréas la plus grave, la plus bénigne ?

....

6 Quelle est la tumeur du pancréas la plus fréquente ?

....

7 Que doit-on rechercher en présence d'un gastrinome ?

....

8 Citer les signes associés à un ictère cholestatique évoquant un cancer de la tête du pancréas.

....

9 Quel est l'examen de première intention devant une suspicion de cancer de la tête du pancréas ?

....

10 Que recherche cet examen ?

....

11 Quel est l'examen le plus sensible pour le diagnostic positif des petites tumeurs du pancréas ?

....

12 Donner les noms des interventions chirurgicales d'un cancer de la tête et de la queue du pancréas.

....

13 Citer les différents traitement palliatifs de l'ictère lors d'un cancer du pancréas.

....

14 Que vous évoque l'association anémie/cancer du pancréas ?

....

15 Quels examens demander pour le diagnostic positif d'ampullome vatérien ?

....

16 Citer les syndromes paranéoplasiques d'un cancer du pancréas.

....

1 Citer les 4 tumeurs endocrines les plus fréquentes.

- **Insulinome**
- **Gastrinome**
- **Vipome**
- **Glucagonome**

2 Pour chaque tumeur endocrine du pancréas, citer le/les signes cliniques évocateurs.

- **Insulinome :**
  - **signes neuroglucupéniques**
  - **obésité**
  - **triade de Whipple**
- **Glucagonome :**
  - **diabète**
  - **AEG**
  - **érythème nécrolytique migrateur**
- **Vipome = diarrhée chronique de type sécrétoire**
- **Gastrinome :**
  - **ulcère de siège atypique**
  - **diarrhée chronique de type sécrétoire**

3 Pour chacune de ces tumeurs, citer un test ou un dosage biologique aidant au diagnostic.

- **Insulinome = épreuve de jeune**
- **Glucagonome = glucagonémie augmentée**
- **Vipome = augmentation du VIP plasmatique**
- **Gastrinome = gastrine plasmatique augmentée, élévation paradoxale lors d'un test à la sécrétine**

4 Quel diagnostic différentiel évoquer devant une diarrhée de type vipome ?

- **Prise clandestine de laxatifs**

5 Quelle est la tumeur endocrine du pancréas la plus grave, la plus bénigne ?

- **Grave = glucagonome < 20 % de guérison**
- **Bénigne = insulinome = 80 à 100 % de guérison**

6 Quelle est la tumeur du pancréas la plus fréquente ?

- **Adénocarcinome canalaire (80 %) = tumeur exocrine**

7 Que doit-on rechercher en présence d'un gastrinome ?

- **Une NEM 1**
- **Hyperparathyroïdie primaire**
- **Adénome hypophysaire**

8 Citer les signes associés à un ictère cholestatique évoquant un cancer de la tête du pancréas.

- **Ictère progressif**
- **Sans douleur**
- **Sans fièvre**
- **Avec une grosse vésicule palpable**
- **Signes de malignité = AEG, métastases ganglionnaires et hépatiques**
- **Apparition ou aggravation d'un diabète**

9 Quel est l'examen de première intention devant une suspicion de cancer de la tête du pancréas ?

- **Échographie abdominale**

10 Que recherche cet examen ?

- **La tumeur = hypo-échogène**
- **Des signes de compression :**
  - **dilatation du Wirsung**
  - **dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques**
  - **une grosse vésicule**
- **Une complication :**
  - **ascite**
  - **métastase hépatique**
  - **adénopathies cœliomésentériques et rétropéritonéales**
  - **thrombose portale**

11 Quel est l'examen le plus sensible pour le diagnostic positif des petites tumeurs du pancréas ?

- **Écho-endoscopie**

12 Donner les noms des interventions chirurgicales d'un cancer de la tête et de la queue du pancréas.

- **Tête = duodénopancréatectomie céphalique**
- **Queue = splénopancréatectomie gauche**

13 Citer les différents traitement palliatifs de l'ictère lors d'un cancer du pancréas.

- **Anastomose biliodigestive chirurgicale**
- **Prothèse biliaire**

14 Que vous évoque l'association anémie/cancer du pancréas ?

- **Ampullome vatérien, fréquemment responsable d'hémorragie digestive**

15 Quels examens demander pour le diagnostic positif d'ampullome vatérien ?

- **FOGD + biopsies**
- **TDM abdominal**
- **Écho-endoscopie**

16 Citer les syndromes paranéoplasiques d'un cancer du pancréas.

- **Fièvre prolongée inexpliquée**
- **Dépression**
- **Phlébite**

Table des matières

Achevé d'imprimer en décembre 2002 par Normandie Roto Impression s.a.s. - 61250 Lonrai
N° d'impression : 022929 - Dépôt légal : décembre 2002 - Imprimé en France